

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1994/4

**Autonomía y consentimiento informado -
Anticonceptivos e imperialismo cultural - Individuación
genética y gemelación- Aspectos jurídicos y éticos de la
fertilización asistida - Bioética y la atención al paciente
terminal - Manejo ético y humano del paciente
terminal y su entorno familiar- Abuso sexual
y maltrato físico en menores de edad -
Distribución del preservativo en las escuelas públicas**



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

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

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Torres Quintero, Núm. 218-42
Iztapalapa, C.P. 09310, México, D.F.

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

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

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

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

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

[039 0793] Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

4

VOLUMEN V NUMERO 4 OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1994

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

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

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel,

Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

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

INDICE

EDITORIAL	385
Autonomía y consentimiento informado. Modelos de relación entre médico y enfermo mental. <i>Roberta Sala</i>	387
Anticonceptivos e imperialismo cultural contra las necesidades reales de la mujer y las familias en el mundo entero. <i>Mercedes Arzu Wilson</i>	421
Individuación genética y gemelación: la objeción de los gemelos monocigóticos. <i>Philippe Caspar</i>	427
Aspectos jurídicos y éticos de la procreación o fertilización asistida. <i>Bernardo Pérez Fernández del Castillo</i>	443
Bioética y la atención al paciente terminal. <i>Francisco Escobedo</i>	459
Abuso sexual y maltrato físico en menores de edad. <i>Marilucy López García y Arnulfo L'Gamiz Matuk</i>	469
Manejo ético y humano del paciente terminal y su entorno familiar. <i>Pamela Babb Stanley</i>	475
Obispos católicos de Nueva York: Documento sobre la distribución del preservativo en las escuelas públicas. <i>Magisterio Episcopal</i>	485
NOTICIAS	
Agenda global de bioética. Declaración de Ixtapa. CIOMS	499



Dr. Manuel Velasco Suárez

EDITORIAL

Este año concluye con acontecimientos muy importantes para toda la humanidad: fue dedicado internacionalmente a una profundización sobre la base de la sociedad que es la familia, y se analizaron en una reunión cumbre los problemas sobre la población y el desarrollo. Hemos sido testigos del desarrollo de estos acontecimientos y de las diferentes posturas expresadas en ellos. Pero básicamente lo que ha sido expuesto a la luz de los acontecimientos acaecidos, es el afán de búsqueda de la identidad de la persona.

El hombre siempre ha continuado un largo camino hacia la resolución de su finalidad, y por ello no es de extrañar que ocasionalmente ofuscado por cambios históricos, no se encuentre respuesta a sus inquietudes. Pero es evidente su afán de lucha por encontrar sus orígenes, que van desde el aspecto social hasta el metafísico, y su meta final. La dignidad de la persona tiene que ser definida y basada en la naturaleza ontológica de la misma. El ser humano es persona desde el momento mismo de su concepción y continúa siéndolo en cualquier circunstancia hasta el momento de su muerte. Ningún accidente externo modifica el estatuto humano: ni la inteligencia, ni características físicas, ni su estado de salud, ni su edad, ni su grado de productividad, ni el tiempo que tenga o que le quede de vida... Porque el ser humano es persona actualizada, aunque potencialmente tenga cualidades que aún no ejerza.

Éste es el fundamento del personalismo, y la bioética que se basa en esta filosofía propone justamente el respeto de esa dignidad, y más aún la promoción de la misma, reconociendo en la persona no sólo la dimensión física, la psicología y la social, sino además la dimensión trascendente de la misma.

Y basados en este modelo filosófico, los autores que participan en este número, nos invitan a reflexionar sobre lo que acontece cuando el

paciente, por representar una discapacidad mental, ser menor de edad o encontrarse en estadio terminal, no puede ejercer plenamente su autonomía y surgen dilemas éticos sobre su tratamiento, decisiones y derechos. Los autores señalan como la decisión final no puede ser basada en una jerarquía de valores en la que se parta de este derecho a la decisión sobre su salud o en la productividad de la persona. Más bien proponen un modelo ético en el que tanto la decisión del paciente, su familia y la sociedad, como la del grupo de profesionistas de la salud persigan el bien del paciente y su dignidad, y concluyen que el concepto de bien no es simplemente el de bienestar, sino toda acción que vaya de acuerdo con la naturaleza humana y que favorezca la consecución de su finalidad.

En la temática relativa a la procreación, se presentan cuatro artículos que señalan la influencia de la economía, de la legislación y de la biología, para reconocer la identidad de la persona desde su concepción, y el modo de vivir la sexualidad. Es de conocimiento general el hecho de la manipulación informativa de las estadísticas, y este hecho se ha ignorado en la toma de decisiones poblacionales a nivel mundial, tanto en el campo económico como en el jurídico. No menos notable es la influencia de los medios masivos de comunicación en el comportamiento social. Pero éste aún incide más de lleno cuando esta acción se lleva a cabo en la adolescencia. Por ello la intención de solucionar ciertos problemas de salud, no es suficiente para justificar éticamente el promover conductas sexuales activas en las escuelas, como es el caso de la difusión del empleo de preservativos.

Pero también hemos incluido la Declaración de Ixtapa que elaboró el Consejo de la Organización Internacional de Ciencias Médicas, y que contiene los lineamientos éticos de los derechos humanos con respecto a las situaciones de vulnerabilidad y pobreza. Es notable el esfuerzo de diversas organizaciones por promover el estudio profundo de la Bioética y la difusión de la misma.

Y en este sentido queremos hacer un reconocimiento público a la Comisión Nacional de Bioética representada por su secretario el Dr. Manuel Velasco Suárez, quien entre otras muchas fructíferas actividades, organizó el pasado mes de octubre el primer Congreso Internacional de Bioética en la ciudad de México. Las expectativas esperadas fueron superadas con creces, y felicitamos afectuosamente al doctor Velasco Suárez por el importante impulso que está dando a la Bioética en nuestro país.

Autonomía y consentimiento informado. Modelos de relación entre médico y enfermo mental

Roberta Sala*

Resumen

El estudio analiza la difícil relación entre médico y paciente psiquiátrico en el ámbito de la crisis generalizada de la medicina en este siglo. La autora traza un perfil de la crítica filosófica del siglo XIX al concepto de ciencia, ilustra las dificultades que encuentran los modelos tradicionales de la medicina (por ejemplo, el paternalista y el contractual) y considera los diversos modos de entender la enfermedad mental y la relación médico-paciente psiquiátrico, poniendo particular atención en la comunicación de la verdad al enfermo en psiquiatría, así como en los problemas relativos al consentimiento informado.

Preámbulo

La difícil relación entre médico y paciente psiquiátrico requiere de una peculiar reflexión. En efecto, si la relación terapéutica comporta de por sí problemas, estos son aún mayores en el caso del enfermo mental, tanto por la dificultad de decir *a priori* en qué consiste la enfermedad de la mente, cuanto por la naturaleza específica de la relación terapéutica, a menudo más semejante a una relación asimétrica de ayuda que a una auténtica *alianza terapéutica*.

* Departamento de Medicina y Ciencias Humanas, Hospital San Rafael, Milán (Italia).

La crisis de las “ciencias europeas” y el redescubrimiento del mundo-de-la-vida

Es oportuno comenzar por la comprobación —comúnmente advertida— de la crisis de la medicina, que hay que enmarcar en la crisis, más amplia y general, de las “ciencias europeas” (Husserl), para no hablar de la crisis de la modernidad.¹

Aristóteles, en el libro I de la *Metafísica*, contraponía la filosofía a las ciencias llamadas particulares, saberes especializados en determinados sectores de la realidad y caracterizados por la *abstracción* como procedimiento que aísla algunos aspectos de la realidad en relación con el todo. Toda ciencia particular se vale de un lenguaje propio y especializado, a veces de un código inaccesible a quien no se ha “iniciado” en la comunidad científica (sería mejor decir *en una de las diversas comunidades científicas*) y que debe recurrir al lenguaje común para poder darse a entender.

Se admite, pues, la existencia de un saber pre-científico global, de un lenguaje común que le es propio y del cual deriva, y con base en él se explica el saber técnico-científico y el lenguaje especializado.

La ciencia, en cuanto particular, remite a un saber universal, a una especie de pre-saber que fundamenta su racionalidad.²

En la acusación que Husserl hace a las “ciencias europeas”, subraya que su crisis se significa precisamente por la pérdida de ese horizonte global o pre-saber que podría darles un sentido. La ciencia, en pocas palabras, parece condenada a una *crisis de sentido* desde el momento en que quiere reducirse a ciencia fáctica y objetiva, como intentando lograr una perfecta inteligibilidad de lo real y una intrínseca armonía propia, reducible a unas cuantas leyes matemáticas.³

Debajo de esta concepción de la ciencia parece individualizarse una *lógica de la división*, por la que el sujeto se mueve hacia el objeto que contrapone a sí (objeto como *ob-jectum*, arrojado hacia adelante) para poder interrogarlo. Es el ideal baconiano de la ciencia como dominio del sujeto sobre el objeto distinto-de-sí. A tal ideal se añade, según Husserl, la concepción galileiana de la naturaleza por la que la realidad, escrita en términos matemáticos, es penetrable por la razón, en cuanto dotada de una estructura racional e inteligible.

Al afirmar que la naturaleza es materia y extensión, y que las relaciones que la regulan son de tipo mecanicista, Descartes habla de la

res cogitans (realidad espiritual) como de una realidad no-extensa, residual respecto de la *res extensa* a la que, por lo demás, se contrapone distanciándose de ella. La *res cogitans* se concibe, pues, como *lo que permanece* después de la suspensión del juicio sobre la realidad definible en términos geométrico-matemáticos. De esta manera, aun en su *ser mensurable*, el sujeto cognoscente es entendido conforme a una lógica de división y de mensurabilidad, derivado, *por vía de negación*, de la realidad extensa que se le pone delante, que se le *contrapone*. La crisis de las ciencias, concluye Husserl, hay que achacarla a la pérdida del originario *copertenecerse de sujeto y objeto*, al olvido del *horizonte común* (*Lebenswelt* o mundo-de-la-vida), al cual ambos pertenecen y del cual derivan su sentido. De igual manera, la ciencia debe reconocer, so pena de autoaniquilación, una intencionalidad que la atraviesa; una emergencia de sentido que sea condición de posibilidad de su existir mismo.⁴

Considerando la dimensión temporal del conocimiento —por la que, por una parte, el objeto se da a conocer en el tiempo y en sucesivas manifestaciones y, por la otra, el sujeto se acerca a él en su modo temporal de existir—, se puede decir que la verdad del objeto conocido es *una verdad que el sujeto cognoscente*, interactuando con él, *contribuye a crear*.

Desde esta perspectiva, la verdad es entendida como “evento”, como sentido que deviene, que se *enriquece a cada encuentro* con el sujeto y que se participa a ambos. La verdad del objeto nunca se capta de una vez por todas, nunca se posee totalmente, de manera absoluta.

Gadamer, entre otros, ha subrayado el carácter de la verdad como evento. Critica la noción de método (las nociones conexas de objetividad y de demostrabilidad) como instrumento con el que el sujeto dispone del objeto. Gadamer niega a la verdad el carácter tradicional de objetividad y de fijeza para reconocerle el carácter “eventual”; la dimensión del acaecer y del manifestarse gradual de *verdad nunca poseída enteramente*.⁵

Hablando del horizonte al que pertenecen sujeto y objeto como lugar original de su coexistir, podemos concebir entonces tal horizonte, tal pre-saber, como *intersubjetividad*. En efecto, si la recuperación de la originalidad de sentido permite superar el dualismo sujeto-objeto, entonces permite, de igual manera, la superación del individualismo como abstracción del individuo respecto de la totalidad de los seres

humanos, de la historia y de la tradición; de la situacionalidad en que está, en la que desde siempre está involucrado. El coexistir originario de sujeto y objeto se traduce ahora en la copertenencia y en la relacionalidad de dos sujetos.

“Pongo entre paréntesis mi individualidad aislada y fáctica para vivir, conquistando al propio tiempo mi concreción en la vida intermonádica universal... Reencuentro mi individualidad, pero no como individualidad aislada puesta entre paréntesis, sino más bien como una individualidad que tiene una función en la historia teleológica de la intersubjetividad...” Quiere decir, entonces, no aceptarme a mí mismo tal como he sido preconstituido, porque nací y me encuentro en la factualidad mundana del mundo. Debo constituirme en la intersubjetividad universal y en su sentido por el que mi individualidad, por más que ya está hecha, debe hacerse, no obstante, según un “interés” de la humanidad en general”.⁶

Para resumir el sentido de la crítica que Husserl hace a las ciencias modernas, podríamos decir que el mal mayor parece resumirse en la dimisión de la relación-tensión entre particular y universal, entre sujeto y objeto, entre sujeto y sujeto. Es *el mal de la abstracción y de la división* que no restituye a la realidad su armonía y la condena a ser un conjunto de fragmentos sin relación entre sí. Es el mal de la actitud de dominio que emerge de este encuentro-enfrentamiento con la realidad, en el que el otro es reducido a objeto de conquista y prevaricación. Es, finalmente, “la mentira de las conciencias” por la que, en el momento mismo en que una niega la subjetividad de la otra, niega su misma dignidad, negando al propio tiempo la posibilidad de ser “reconocida”.⁷

Así, la superación de estos “males” propicia una primera superación de la pretensión de autofundamentación de la ciencia particular, desde el momento en que adopta una mirada objetivante y “pura” respecto de la realidad que intenta observar, y olvida que esa mirada está, desde siempre, entreverada por la realidad de la que se declara distante.

Aceptemos, entonces, una suerte de *circularidad hermenéutica* intrínseca al discurso científico, donde todo dato cobra sentido a partir de la totalidad y donde, viceversa, esta última sólo se verifica con la observación de lo particular en una inevitable circularidad.⁸

Para que la investigación sea “científica” (en sentido obviamente diverso respecto de la pretensión de cientificismo de las ciencias objetivas),

debe estar muy atenta a no separar el sujeto del objeto, la parte del todo, la identidad de la alteridad que la constituye y la penetra antes de cualquier distinción. Esto vale también para la medicina, pues se puede advertir cómo el esfuerzo del científico para captar el objeto de su investigación como *in-se*, como nómeno, es tanto más injustificado cuanto más se desplaza la atención al campo de la medicina en el que la teoría se entrelaza con la práctica (cuyo “objeto” es lo humano), captando sólo fragmentos, fenómenos en su pura apariencia. Y vale, con mayor razón, para la medicina que se ocupa de la enfermedad mental, en la que la distinción entre objetividad y subjetividad (entre síntoma y enfermedad) es aún más veleidosa: “se advierte así que “objeto” de la investigación no puede considerarse ni el fenómeno mental -entendido como cualquier otro objeto de la naturaleza-, ni la mera subjetividad de quien lo experimenta. El “objeto” de la investigación antropofenomenológica debe reconocerse en la relación Yo-Mundo como *primum inderivable*, en la *manera* como el Yo se proyecta en el mundo y se revela expresando este proyecto, en el originario estar-fuera (*ex-istir*) de la presencia humana”.⁹

Las consideraciones que anteceden parecen valer también para la medicina, en la que nociones como “hombre”, “enfermedad”, “bien”, etcétera no están totalmente clarificadas. Se trataría, ante todo, de superar el *prejuicio positivista* por el que, con el acto médico, delimito al objeto y lo separo de un contexto de comprensión amplio. Es quizás la ilusión racionalista de un saber objetivo que, sin embargo, no hace justicia a una realidad que requiere otras explicaciones, especialmente considerando el hecho de que tal objeto se da a conocer en la temporalidad, en su específica y particular situacionalidad. En el campo de la medicina parece aún más urgente que en otras ciencias la recuperación de una *mentalidad simbólica* que se contraponga a la abstracción y a una reducción simplista de la complejidad.¹⁰

Se trata, en cierto sentido, de promover en este ámbito una especie de *revolución kantiano-copernicana* por la que no se debería partir de la naturaleza como dato sobre el cual edificar la ciencia del hombre, sino, por el contrario, partir del hombre, o mejor, de la humanidad en general, de la que el “mundo” mismo puede obtener “explicación”. Sin embargo podríamos decir también, en aparente contradicción con lo expuesto hasta ahora, que no es el “mundo” el que se debe definir a partir del hombre (aunque tal vez sería mejor decir “de sus categorías cognoscitivas

cartesianamente inspiradas en la claridad y la distinción”), sino que es más bien el hombre el que tiene que ser definido a partir del “mundo”, no el mundo como espacio mensurable, sino ese mundo-de-la-vida que precede a cualquier mensuración misma.¹¹

Si todo lo dicho puede tomarse por bueno, se advierte el innegable carácter práctico de la medicina,¹² diríamos de su vocación moral, por la que aquélla, basándose en la aportación de la ciencia, acaba por sobrepasarla. Si en el acto de cuidar el médico trata inevitablemente al cuerpo de su paciente como una sustancia ajena a él —si no incluso como mecanismo que hay que reparar—, también es cierto que tal objetividad se le propone mediante algo no objetivo, precisamente el paciente con su experiencia de sufrimiento.¹³

Al investigar la patología del paciente, el médico trasciende los confines orgánicos y biológicos de la enfermedad para insertarlos en un marco más amplio de comprensión. Este se vale de diversos componentes, en primer lugar, de la biografía del paciente, dentro de la cual el médico puede encuadrar la enfermedad como medio de un mejor conocimiento, tanto de la enfermedad como del paciente al que aqueja. Se da, pues, un bagaje de tradiciones, ideologías —si no incluso de idiosincrasias—, que contribuye a crear la *interpretación de la enfermedad*, en cuyo cuidado se encuentran dos mundos, el del médico y el del paciente.

Volvamos al papel de la *intersubjetividad* en la práctica médica. En su recíproca relación, ambos sujetos ponen en juego el sentido de su copertenencia, ese horizonte de sentido que hemos entrevisto en el fondo de la relación misma.

La relación médico-paciente es como entablar un juego con reglas precisas. El juego parece “jugarse” en ambos si estos “son jugados” por el juego¹⁴ que se produce por su medio. Esto consistiría en aceptar, por un lado, el desafío de lo negativo representado por la enfermedad, pero, por el otro, aceptar también el desafío para que la enfermedad sea igualmente una forma de experiencia humana, cuando no también *experiencia de libertad*.

La crisis de los modelos tradicionales de medicina

En esta interpretación de la relación terapéutica como “juego” se ve el motivo por el que los modelos *paternalista* y *contractualista* no son

convincentes de la relación de cuidado en medicina. En ambos casos parece que se descuida la dimensión de la relacionalidad para dar lugar a dos formas opuestas de individualismo.¹⁵

Por un lado, la *actitud paternalista* es comparable a la dogmática, dominada por la convicción de conocer la solución acertada y correcta para afrontar el mal, y en donde la atención terapéutica se traduce en una *restitutio ad integrum* que no tiene debidamente en cuenta todos los componentes del bienestar además del orgánico-biológico. Veremos luego con mayor detalle qué se entiende por paternalismo y en qué medida puede estar justificado.

Por el otro lado, tampoco la *actitud contractual* parece ser la mejor solución. Habría un contrato entre médico y paciente cuando en la relación de cuidador vigiera exclusivamente el *principio de autonomía*: médico y paciente (sería mejor decir, cliente o usuario) convienen modalidades y costos de la acción terapéutica, recurriendo a la lógica mercantil del toma y daca. El resultado final, viéndolo bien, no cambiaría respecto de la solución precedente: se renuncia, en efecto, al carácter verdaderamente relacional de la relación terapéutica, de manera que la solución impuesta en el caso anterior por el médico es ahora propuesta o impuesta por el paciente. De esta visión, que habrá que profundizar, emerge la idea de *libertad negativa* (no tanto libertad cuanto dignidad), entendida como autonomía de vínculos externos, poniendo a salvo la libertad ajena. Es bueno advertir desde ahora que en esta relación, que se pretendería hacer peripatética, se advierte una asimetría originaria, esto es, que el paciente resulta condicionado, de entrada, por su situación de enfermo, por lo que parece difícil que pueda expresar un parecer neutral y desinteresado. En la mayoría de los casos, además, el paciente no es técnicamente capaz de juzgar acerca de su bien biomédico. De esta manera, el modelo contractual parece evanescente precisamente por la desigualdad original de los contrayentes.

Así, sigue siendo actual la propuesta de la *beneficence-in-trust*. Concebida la salud como un *bien relacional*, como objetivo de paciente y médico, estos se plantean una relación de *confianza recíproca* en la que buscan el interés mayor, precisamente el de la salud, interés que motiva su recíproca relación.¹⁶

Volvamos ahora a considerar más de cerca, después de estas consideraciones preliminares que pretendíamos solamente esbozar, a la

afirmación relativa a la crisis de los modelos tradicionales de medicina y, consiguientemente, de una cierta idea de la profesión médica.

La idea tradicional de *medicina hipocrática*, que se basaba en forma predominante en la admisión de un cierto paternalismo, ponía el acento en los deberes de médico y paciente, deber de procurar ante todo la salud, por parte del primero y el deber de colaborar en los cuidados, por parte del segundo.

La transformación de la medicina, ligada a los avances de la ciencia moderna, ha contribuido a dar sustancia a la autoridad del médico y, por tanto, a suscitar por parte del enfermo una emancipación cada vez mayor del papel al que estaba relegado. Si la creciente complejidad de la ciencia médica ha promovido una especialización y fragmentación de los cuidados cada vez mayor, también se ha verificado una especie de neutralidad afectiva, razón por la cual parece prevalecer la tendencia a considerar con ojos de especialista cada una de las partes de la persona enferma. La función del “médico como medicina”¹⁷ se va matizando, siendo cada vez más difícil establecer una relación de empatía con el paciente, el cual prefiere recurrir al especialista, considerado como prestador de una acción más que como un auténtico “cuidador”. Entonces, si el *modelo paternalista*, que atribuye al médico la capacidad de tomar decisiones plenamente racionales y competentes en interés del enfermo, resulta inaceptable para el paciente —en cuanto le impone un proceso de infantilización que lesiona su autonomía y minusvalora la subjetividad personal—, también el *modelo contractualista*, cuyo eje es el establecimiento de un pacto o contrato entre sujetos que consienten, no parece satisfacer enteramente. Se pueden advertir, en efecto, algunas de sus limitaciones. En primer lugar, la falta de consideración del diferente nivel de conocimiento entre médico y paciente, de manera que no se puede eliminar el acto de confianza/entrega por parte del segundo respecto del primero. Además el paciente, como recordábamos antes, se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad determinada por la enfermedad, aun cuando esta no anule obviamente su capacidad de decisión. En tercer lugar, el acto contractual presupone la existencia de bienes negociables, pero la salud sólo es en parte un bien negociable. Su íntima conexión con el bien general de la persona impide que la enfermedad pueda ser objetivada y distanciada como un evento que no influye en la continuidad biográfica del sujeto.

Veamos, finalmente, cómo el enfoque contractualista de la relación entre médico y paciente no hace sino resentirse del mismo mal de que está afectada la concepción paternalista: el médico es el único auténtico depositario de la “verdad médica” —más aún, de la verdad técnica—, según una concepción científicista y tecnicista de la medicina y que, en este caso, se podría superponer a una especie de transacción comercial.

La medicina no parece ser captada en su valor específico de “práctica”. Se establece en su interior una *ética mínima, legalista y de procedimiento*, para la que cuenta, primordialmente, que el paciente sienta salvaguardada su autonomía. Tal ética “minimalista” se basa en una concepción —igualmente “minimalista”— del papel del médico, cada vez más especializado y propenso a un encuentro técnico-científico con la enfermedad, en vez de al encuentro clínico, global, con el enfermo. La medicina —mejor dicho, el saber médico— tiende a volverse un mero instrumento de realización del fin de la *curación*, entendida como restauración de una buena o por lo menos “normal” (aunque habrá que definir mejor el concepto de normalidad) funcionalidad del organismo enfermo. Se trataría de promover en esta concepción reductiva de la medicina una “moralidad externa” en la que, si la salud es objetivo de la medicina y si la medicina se entiende reductivamente como medio para la *restitutio ad integrum*, la salud misma se verá reducida a una mera “ausencia de enfermedad”.

Veremos cómo esta expectativa es tanto más ilusoria cuanto más cerca estamos del enfermo mental, debiendo en este caso revisar de inmediato la concepción misma de salud como *simple y sencilla* eliminación de la negatividad.

Valgan, a manera de conclusión, las intenciones que Jaspers indicaba como asignadas a la reflexión metodológica: “custodiar la multiplicidad de los niveles de investigación en su peculiaridad y limitación; tematizar el trasfondo comunicativo existencial sobre el que se destaca la relación terapéutica; llevar al conocimiento las imágenes del mundo, las opciones evaluativas y los prejuicios que se insinúan en la práctica médica; clarificar las relaciones de la medicina con las otras ciencias o actividades humanas y, finalmente, centrar la reflexión sobre la metodología misma, para mantenerla más pura”.¹⁸

Para concluir este apartado, digamos que una nueva propuesta de médico y de medicina debe valerse de conceptos tales como

responsabilidad, respeto,¹⁹ atención y comprensión humana. La profesión médica debe traducir esa *relación originaria de proximidad interhumana*, de la que ya se ha hablado mucho; debe individualizar una relación (una alianza) basada en la *confianza* recíproca y enraizarla a su vez, quizás, en un compartir intentos comunes (la salud como *interés* común, como sujeto de ese *juego* que implica a médico y paciente y que antecede a toda opción concreta, para justificarla y fundamentarla en un “sentido” que la engloba).²⁰

De aquí se derivará una manera correcta para enfocar el problema de *la comunicación de la verdad al paciente*, de la que hablaremos más adelante.

Consideraciones sobre el modo de entender la enfermedad mental

Todo cuanto hemos dicho respecto de la crisis de las “ciencias europeas” y, por tanto, de su reducción a ciencias-de-la-naturaleza según el ideal leibniziano de la *mathesis universalis*, vale con mayor razón para la medicina y para la psiquiatría en particular, cuando la evaluación del “dato”²¹ patológico parece aún más compleja y difícil.

Por lo demás, la consideración del estatuto epistemológico de la psiquiatría se resiente inmediatamente de un cierto modo de entender la *salud y la enfermedad*.

Considerada la enfermedad mental como enfermedad cerebral, y por tanto como *enfermedad con base orgánica*, es evidente que la psiquiatría puede ser considerada también como una *ciencia de la naturaleza* según una ideología positivista-científico-naturalista que menosvalora su alcance específicamente humano.²² Se habla igualmente de “modelo médico de la psiquiatría”,²³ en el que la enfermedad mental se configura como enfermedad dependiente de causas orgánico-fisiológicas que, una vez identificadas, justifican, más aún, “explican (para retomar la distinción jaspersiana entre explicar y comprender)²⁴ la enfermedad, según una mentalidad racionalista que confía en la inteligibilidad de los fenómenos y que busca su causa con su noúmeno”. Los límites de una psiquiatría que se traduce en ciencia objetiva parecen evidentes con sólo poner atención al razonamiento husserliano de la *crisis*, esto es, si la

psiquiatría pretende constituirse como ciencia con la consiguiente objetivización del hombre, acaba por perder de vista su propio objetivo. Sólo renunciando al estatuto científico fundamenta la posibilidad de encontrar al hombre.²⁵

Podemos entonces remitirnos a esa *intencionalidad práctica* de la medicina que evita la tentación de la teorización. Su finalidad no es simplemente “ver”, sino “curar”, mejor dicho ver (conocer) para curar (actuar). El saber médico, precisamente por esta valencia práctica, debe ser más comprensión, más circularidad hermenéutica. Sólo si estamos dispuestos a renunciar al ideal de una psicología como ciencia rigurosa podremos comenzar a pensar la psicología como arte, como ese arte particular de la interpretación que hoy llamamos hermenéutica... Como arte de la interpretación, “como hermenéutica, la psicología no cuenta con un punto de observación fuera del sistema observado y, por tanto, no está en posibilidad de objetivar y comunicar de manera unívoca los resultados de su interpretación... Sin embargo, la imposibilidad de comunicar de manera unívoca y universalmente comprensible es un inconveniente para la ciencia, no para los dos que participan conjuntamente, sustrayéndose a la recíproca objetivización”.²⁶

Debemos añadir que en el modelo médico de psiquiatría se advierte un gran interés por la *denominación*, esto es, se trata de explicar la enfermedad mediante la descripción de sus componentes, de tal manera que se pueda encontrar una justificación a las *motivaciones racionales*. Es cierto, sin embargo, que si en el caso de los trastornos somáticos no es fácil emitir un diagnóstico con nombre claro y unívoco, esta dificultad aumenta en el caso de los trastornos mentales. “Cuando los trastornos se refieren no a “propiedades” del paciente, sino a su misma esencia, a él mismo, la cosa es muy diferente”.²⁷ No obstante, también es cierto que a menudo es el paciente el que solicita el diagnóstico, quien quiere saberlo, con el fin de “proporcionar a este misterioso, magno y temible “algo” un nombre con qué llamarlo, pensarlo y eventualmente afrontarlo”.²⁸

A la ideología positivista se contraponen la *ideología del empirismo sociológico*, en la que las enfermedades mentales tendrían un fundamento sociogenético. El ambiente social estaría en el origen del trastorno mental, por lo que, viéndolo bien, ni siquiera podría hablarse de auténtica enfermedad mental.²⁹

Concebida la enfermedad como “desviación respecto de la norma”, Szasz distingue entre enfermedad física, en la cual la norma es la “integridad estructural y funcional del cuerpo humano”, y enfermedad mental, en la cual la *norma* se podría expresar en *términos psicosociológicos, éticos y legales*. Y no sólo esto, según Szasz, aun cuando la norma que funge como criterio para establecer el surgimiento de la enfermedad mental es de todos modos un estándar sociológico y ético, se intentaría hacer frente a esa enfermedad, o desviación, mediante acciones médicas. Nos encontraríamos, así, frente a la deplorable desviación de la *medicalización*: la medicina se hace instrumento de “eticidad”, se hace moralizante, asegura la restauración de los estándares de la vida social y legal, ante los cuales la enfermedad mental reviste el papel de desviación.³⁰

Ahora bien, si la enfermedad representa una desviación respecto del ideal representado por la salud, que hace de parámetro de *normalidad* —cuando no, incluso, de criterio de *normatividad*—, parece excluida cualquier posibilidad de concebir la enfermedad como algo diverso de ser mera “negatividad” la cual hay que eliminar, superar y derrotar. Se perdería la posibilidad de dar un significado no exclusivamente médico sino también asistencial y personal a la experiencia de la enfermedad.³¹

Hablando de la salud como “normalidad” no parece, sin embargo, que se pueda dar un significado unívoco de ella. No está claro, en realidad, dónde se sitúa la diferenciación entre normal y no-normal, a qué norma hay que referirse ni qué normatividad implica esa norma. Si por una lado parecería lícito remitirse a un criterio estadístico de normalidad, por otro lado es igualmente legítimo abrigar dudas sobre la traducción en normas, e incluso en valores, de lo que es “fruto de una generalización de experiencia”, sea fisiológica o social.

La noción de persona como ente que posee finalidad intrínseca (como expresión particular de ese horizonte de copertenencia de sujeto y objeto en cuyo trasfondo se destaca toda personalidad particular, pero relacionada) prohíbe el reduccionismo, impide considerar a la persona como a los demás seres de la naturaleza, como determinable y mensurable, como un objeto entre los objetos. Prohíbe, en sentido amplio, expresarse en los términos de norma y normalidad.

En la perspectiva fenomenológica que hasta aquí pretendemos mantener, no tendría particular sentido hablar de enfermedad como

alejamiento respecto de la norma, alejamiento mensurable y cuantificable, con base en una teoría extrínseca al individuo. En realidad, la norma “hay que buscarla como criterio de comprensión de *lo existente en el existente mismo* que, en su manera de ver y de indicar el significado de las cosas, ofrece en sí la clave de interpretación de la propia existencia”. Una vez que se evita sobrecargar a lo existente con una supraestructura teórica extrínseca a él, para dejar que se imponga la evidencia tal como él es; una vez que se le deja hablar sin reducirlo a otra cosa que a su misma existencia, caen por su peso los *conceptos* abstractos de “sano” y “enfermo”, porque lo que aparece son sólo los *modos* de ser tal como se sitúan en la presencia”.³²

Si es verdad, por las razones antes aducidas, que ninguna ciencia puede ser mera técnica, fría y neutral, esto parece valer con mayor razón para la psiquiatría, que es ciencia no de la naturaleza sino del hombre. Otra fundación humana de la psiquiatría, como afirma Borgna, es posible solamente con tal que se niegue como técnica y vuelva a emerger como “radical contestación de toda reconstrucción del otro”.³³ Y esta radical redefinición de la psiquiatría requiere que se “transforme en una estructura permanente (dialéctica) de diálogo”. En una perspectiva semejante, incluso la alienación, la enfermedad mental, es vista heideggerianamente como una posibilidad humana,³⁴ por lo que tal vez sea tarea del médico ofrecer a los enfermos esas condiciones que permitan expresar “los horizontes existenciales constitutivos de su experiencia psicótica”.³⁵

Veremos más adelante cómo la psiquiatría o, mejor, el acto psiquiátrico, reviste el significado de instrumento ofrecido al enfermo mental para que recobre la posesión de su libertad o, por lo menos —si acaso la experiencia psicótica puede definirse en cierto modo como *experiencia de libertad* y como posibilidad existencial—, para que pueda ser capaz de ejercer su *autonomía*, esto es, para que pueda gozar en los hechos de tal libertad.

Ahora bien, si la enfermedad mental es reducible a uno de los posibles modos de ser-en-el-mundo, no parece posible, sin embargo, perder de vista la realidad del malestar que está implícito en esa “posibilidad”.

A este propósito resulta interesante lo que dice Galimberti. Con base en la afirmación de Binswanger de que en lugar de la libertad de actuar de modo tal que el mundo acaezca, persiste la falta de libertad de ser

dominados por un determinado proyecto de mundo”, Galimberti afirma que “de estas premisas se deduce que el paciente no tiene una enfermedad, sino que está en el mundo en una modalidad que la presencia humana conoce como límite suyo cuando no logra expresarse como *existencia* que se trasciende en proyecto, sino sólo como *existencia arrojada*”.³⁶ Es el sentido de la desesperación kierkegaardiana de lo finito, por el que la finitud es vista sólo como límite y no como ocasión de proyectualidad.³⁷ Podría decirse tal vez que la *enfermedad* psíquica es *enfermedad de la libertad*, en la que el sentido de la constricción se traduce en malestar, en sufrimiento.

Rechazada, pues, toda concepción ideológica de la psiquiatría, tanto de signo positivista cientificista como de signo empírico sociológico, y recuperada una dimensión, por así decir, fenomenológica de la ciencia en general y de la medicina en particular, veamos cómo la concepción de la enfermedad mental como experiencia de enfermedad nos invita a revisar, también en el ámbito psiquiátrico, la difícil relación entre salud y enfermedad en los términos de normalidad y no-normalidad.

Si juzgamos la experiencia psicótica como *experiencia distinta* de la nuestra, en cierta forma suponemos la existencia de una normalidad, la nuestra, con referencia a la cual juzgamos a la otra como, precisamente, *otra*, en el sentido de una menospreciable diversidad. Está claro que, en una perspectiva fenomenológica, el-otro-distinto-de-nosotros de algún modo nos pertenece. Se trataría entonces de una alteridad que es interacción, *inter-esse*, copertenencia, aun en la propia irreducible singularidad, a un mismo horizonte de significado.

Por consiguiente, se ve claro por qué no se tendría que hablar de norma en sentido estricto, sino más bien de “normalidad oculta en el mundo-de-la-vida” (E. Paci), de “nueva forma del ser-en-el-mundo” (Binswanger). La enfermedad mental no es, pues, un evento natural, sino más bien una de las posibilidades del ser del hombre, “revelación de lo posible del hombre” (Cargnello); no es “evento físico” sino “drama simbólico” (Sachs). Se trata, en conclusión, de reconocer la existencia de una *normatividad interna* de la experiencia psicótica entendida como uno de los posibles modos de ser-en-el-mundo, del *propio* ser-en-el-mundo.

Veremos luego cómo la estructura dialógica, la copertenencia de los dos sujetos interactuantes que hemos captado como el mejor medio para

interpretar la práctica psiquiátrica, nos ayuda a entender el trastorno mental como *trastorno de la comunicación* (Binswanger)³⁸ y de la relación. El problema de la comunicación del diagnóstico (tras el cual, por todo lo aquí dicho, se perfila el problema de formular un diagnóstico “correcto”) parece transparentarse en todo su potencial de dilema.

La comprensión de este razonamiento se apoya, perdónese la repetitividad, en la superación de la crisis de la ciencia reducida exclusivamente a ciencia de la naturaleza, mirada objetivante y racionante, así como en la superación de la consiguiente concepción dualista de cuerpo y psique, por la que —fijando la atención ora en uno (en busca de las causas del trastorno psíquico), ora en la otra (para declararla desvinculada de la corporeidad de manera que, al no tener sus trastornos una causa objetiva, no serían calificables como enfermedad)— se caía en el mismo prejuicio de considerar enfermedad sólo a la alteración del estándar fisiológico obtenido por cálculo estadístico.

En todos los casos se podían superar las antítesis recuperando esa mirada que va a las cosas para captarlas en su darse original, mirada a la que la metodología científica había renunciado, consciente de que “su poder y su eficacia se extienden exclusivamente al orden cuantitativo y mensurable de la *res extensa*, por lo que, como se recordaba, lo psíquico es reducido a epifenómeno de lo fisiológico”.³⁹

La difícil definición de autonomía

Volvamos ahora a considerar ese modelo de medicina que hemos definido como fundado en la *confianza*, en el que se expresa esa *relación originaria de proximidad interhumana*, que se basa en el reconocimiento recíproco de los actores de la relación misma, de tal manera que se puede definir como *alianza terapéutica*. Hemos llamado a este modelo de relación terapéutica *beneficence-in-trust*. En él se remite al *principio de beneficiabilidad* incluso el contenido de otros principios, de tal manera que se tiene un concepto ampliado de la beneficiabilidad. Hacer el bien al paciente significará preguntarle, ante todo, *qué es el bien para él*; significará *promover su autonomía*, esto es, eliminar los obstáculos que atentan contra el ejercicio responsable de su capacidad de decisión; significa, finalmente, respetar el principio mismo de autonomía, desde

el momento en que el enfermo pide generalmente hacer lo que se pueda para proporcionarle su bien.⁴⁰ El problema está en intentar establecer el límite, un tanto indefinido, entre una acción auténticamente benéfica, que tenga en cuenta la libertad de decisión del paciente, y una acción más propiamente paternalista, en la que uno de los dos sujetos de la relación terapéutica, el paciente, es expropiado de su derecho de autonomía —expropiación que nunca es legítima ni siquiera en el caso de una incapacidad pasajera o permanente de tomar decisiones.

La decisión más correcta será la de poder actuar sobre el consentimiento del enfermo, restituirle las condiciones mínimas para que pueda hacer con autonomía una opción personal. Tal esfuerzo se activa siempre y cuando el consentimiento, como veremos con más detalle, se haga con dificultad. En ese caso el *consentimiento es sustituido e interpretado*, si no supuesto, con base en el estilo de esa alianza terapéutica que ha presidido la relación de cuidado.

Se le debe restituir a la persona del enfermo la centralidad que le compete: “la subjetividad es camino obligado para la hermenéutica de la enfermedad”,⁴¹ para la comprensión de la enfermedad como experiencia de la persona enferma. El paciente debe volver a ser protagonista y coautor de la relación terapéutica. Su biografía, el *relato* de su vida, le permitirá recuperar el sentido de su misma condición patológica y esto será posible con tal que alguien esté dispuesto a escucharle; alguien que, al margen de la metáfora, esté realmente dispuesto a una auténtica relación interpersonal.

El énfasis puesto en la interrelacionalidad y en la intersubjetividad, en la copertenencia recíproca, subraya a su vez la *ética del cuidado*.⁴² Si hay un cuidado en el sentido de *cuidar*, en el que prevalecen los aspectos técnicos y médicos de la terapia, en el que —más que el cuidado global de la persona— prevalece la “curación” como ordenamiento de cada una de las partes, hay también un cuidado en el sentido de *tener cuidado de*, en el que prevalece el aspecto humano además del técnico, el aspecto de implicación (del *inter-esse*) y de la empatía.⁴³

La empatía se presenta como condición fundamental de una auténtica relación de ayuda y se traduce sustancialmente en una actitud de gran “disposición” para con el interlocutor; de apertura a escucharlo y al diálogo como características de una relación interpersonal válida. Yo añadiría que precisamente del reconocimiento de la autonomía ajena,

del esfuerzo por promover esa autonomía, emerge el sentido de la misma dignidad propia. En cuanto estar-en-relación, mi dignidad se enraíza en el reconocimiento que de ella puede hacer el otro, en su conocimiento de mi ser-persona, sujeto, coautor de la relación que involucra a ambos.

Precisamente el *diálogo* muestra la “paradoja de la autonomía”,⁴⁴ autonomía que no se da sino en la reciprocidad, esto es, no hay autonomía sino en relación con el otro.

Autonomía, cuidado, comunicación

A la luz de todo lo dicho hasta ahora acerca de la ética-del-cuidado, se puede apoyar la autonomía en la expresión más afortunada de “*beneficence-in-trust*”, y podemos abordar, más de cerca, el problema de la comunicación de la verdad al paciente, poniendo una atención particular al enfermo mental.

Advirtamos de entrada que el sentido más humano de la comunicación se da en la aceptación incondicional de la *práctica de escuchar*. Si por un lado tal afirmación puede parecer que se da por descontado, conviene subrayar que en realidad la costumbre va en dirección contraria, de manera que generalmente ocurre una simple *información* y no una *comunicación*.

Para entender mejor este razonamiento habría que remitirse al que se refiere a la noción de salud anteriormente tratado. En la perspectiva holística —según la cual es tarea del médico dedicarse al bien de su paciente—, el bien de toda su persona, el dedicarse al bien significa disponerse a escuchar lo que el paciente mismo indica como *su* bien, promoviendo por tanto su autonomía.⁴⁵ Habrá que aplicarse a tomar la *decisión acertada* para el paciente, esto es, *buena-para-él*.⁴⁶ Evidentemente, la exigencia ética de la sinceridad y de la transparencia no puede perder de vista el compromiso del médico de actuar en bien del enfermo, mientras, por el contrario, tal compromiso no puede correr el riesgo del paternalismo que compromete en vez del respeto de la autonomía. Si el médico tiene el deber de no engañar al paciente, el cual se deriva del *deber del cuidado*, se podría objetar que es precisamente en virtud de este segundo deber por lo que cierto engaño “benévolo” podría estar justificado. Pero yo diría que difícilmente puede aceptarse

este argumento, porque del deber del cuidado se deriva el de respetar la confianza que el paciente deposita en el que cuida, de manera que no parece justificarse el engaño por parte de este último.⁴⁷

En este confiarse recíprocamente del paciente al médico y del médico al paciente, cuando la técnica requiere del apoyo fundamental del *lenguaje*, de la *palabra* y de la *mirada*, volvemos a encontrar un *esfuerzo hermenéutico*: el médico se encuentra ante la necesidad de escuchar al enfermo y de hacerse instruir por él. El médico deberá mantenerse alejado de la tentación paternalista de decir *a priori* lo que vale y lo que seguramente se requiere en la situación particular; deberá sobre todo alejarse de la tentación de establecer por sí solo cuál debe ser la verdad que hay que comunicar o callar.⁴⁸

En la actitud del médico para con el paciente y del paciente para con la enfermedad volvemos a encontrar una importante *función pedagógica*: médico y paciente se educan mutuamente, se instruyen sobre los modos de percibir la enfermedad. evolucionando hacia un mejor conocimiento mutuo, vueltos semejantes por el mismo objetivo de haber hecho, al final, “algo bueno”. Está claro entonces por qué la comunicación de la verdad requiere de una comprensión previa de cuál es la verdad que el paciente puede y quiere conocer, incluso, y sobre todo, en el caso de los enfermos mentales. No se trata de encontrar un compromiso entre autonomía y riesgo de paternalismo; se trata de reconocer la libertad fundamental del paciente, aun advirtiéndolo que el médico no puede renunciar a su compromiso fundamental de promover su bien o, si se prefiere, de tener cuidado de él.⁴⁹ Tal afirmación no está, por lo demás, exenta de posibles malentendidos y dificultades, especialmente en el campo de la enfermedad mental. Veremos cuántos y cuáles pueden ser los conflictos de deberes que surgen, especialmente entre el compromiso terapéutico y la integridad moral y profesional del médico.

Reconocer la ética del cuidado significa, entonces, aceptar que la medicina vuelva a *dirigirse al sujeto en particular* y que abandone toda ambición universalizadora. Recordemos que la admisión del *compromiso hermenéutico* habla de la atención dirigida al particular, a la singularidad de toda situación. En este sentido, la ética es verdaderamente una *ética de la responsabilidad*, en la que hay que sopesar el esfuerzo requerido y los valores en juego; encontrar un sabio equilibrio entre ellos. Es evidente que estamos por encima de la ética mínima de los procedimientos

promovida por el modelo contractualista de relación terapéutica (diríamos mejor, de contrato terapéutico); estamos por encima del lenguaje de los derechos.

Esta precisión nos permite entrar ahora al razonamiento relativo a la comunicación y al consentimiento informado, evitando toda derivación legalista que pueda proceder de un modo incorrecto de entenderlos, mediante la propuesta de ese modelo contractualista que hemos excluido desde el principio.

La comunicación de la verdad al paciente

Se ha dicho que una comunicación efectivamente válida, establecida en el respeto de la dignidad de la persona, no puede dejar de contribuir a cultivar la autonomía del otro. Ahora bien, desvelar brutalmente la verdad al enfermo o, por el contrario, ocultársela, son formas en ambos casos de sustituirlo, impidiéndole recibir correctamente *su* verdad, que no se reduce jamás al registro descarnado del dato científico.

El problema ético que se plantea de inmediato estriba en tener que equilibrar, por un lado, el *principio de la veracidad* (al que está estrechamente ligado el principio, quizás algo legalista, del respeto de los derechos del paciente) y, por el otro, el principio según el cual *el desvelar la verdad no debe provocar más daños que beneficios*, esto es, no puede lesionar el bien del paciente.

Hemos dicho que la relación terapéutica debe entenderse correctamente como una forma de alianza, por lo que la misma relación clínica debe verse como una relación de comunicación y no simplemente como un intercambio de bienes y servicios. La relación de alianza debe configurarse, de todas maneras, como una relación entre iguales, entre sujetos con igual dignidad. Con base en esta convicción, la prescripción de decir la verdad se debe entender como un principio ético general. El dilema está, si acaso, en comprender qué se entiende por comunicación de la verdad, anteponiendo que esta no se debe entender meramente como lo relativo a la enfermedad y a sus síntomas que (sólo) el médico conoce.

Veamos, pues, cómo el problema de decir la verdad al enfermo reside tanto en la noción misma de verdad, como en los modos de transmitirla.⁵⁰

¿Qué es la verdad? no es pregunta a la que pueda darse una respuesta inmediata. Una primera dificultad deriva de la consideración del mal que podría acarrearle al paciente si conociera su estado, y aun en este caso ya se pretende decir qué es malo o bueno para el paciente, prescindiendo de la opinión que él pueda tener. Toda presunción debe fundamentarse, por lo demás, en frecuentar a la persona; en la relación que se establece entre los actores de la relación terapéutica.

Parece, sin embargo, que la comunicación entre médico y paciente se propicia a veces por una actitud casi “de compromiso”, como ocultando ambos la “verdad”, aun cuando parezca evidente que la única verdad, por lo menos temporalmente, es que no hay verdad (seguridad diagnóstica) alguna.⁵¹

Bueno y malo, bienestar y malestar son parámetros de valor insuficientes para aclarar cuál es el *bien de la persona*. Por lo demás, no está demostrado que haya que identificar el sufrimiento con el mal (y ya lo decía hablando de la posibilidad de que la enfermedad se traduzca en experiencia de libertad, en una auténtica modalidad del existir); mal no es tanto el sufrimiento cuanto la incapacidad de encontrarle un sentido.

Ahora se ve claro que, para que la enfermedad y el sufrimiento tengan sentido, el médico mismo está llamado a actuar: para que el enfermo pueda encontrar sentido a su enfermedad debe estar en situación de superar la crisis que esta comporta y que, para poder superarla, precisa de una actitud de *escucha*. En la *palabra* tal sentido podrá emerger; esa fase crítica de la existencia podrá ser relatada y, en el relato, podrá encontrar justificación, casi una secuencia, un hilo de coherencia. Parece que el sentido mismo emerge del intercambio de palabras, palabras que son la articulación de ese horizonte de significado al cual los dos sujetos pertenecen, en el que ese sentido llega a expresarse y a hacerse comprensible.

En una relación médico-paciente válida y eficaz, las palabras utilizadas no son *signos* que remiten a un marco nosográfico, a un marco de referencia anticipado (*a priori*, con pretensiones de explicación universal) que les da sentido; las palabras son *símbolos* en el sentido griego de la palabra, cuando los dos coautores de la relación son mantenidos-juntos por la palabra.⁵²

Podríamos añadir que en la renuncia del médico a comunicar —no simplemente a decir— la verdad se incluye la renuncia de tomar sobre

sí esta difícil tarea de encontrar *ambos* la verdad; de redescubrir *dialógicamente* el sentido de la enfermedad y del sufrimiento, que interesa al humano en cuanto tal por su misma estructura íntima.⁵³ Más aún, se trata de la renuncia a proseguir hasta el fondo la alianza terapéutica, que sobrepasa el *tomarse cuidado*, como decíamos, pero que afecta de cerca al *tener cuidado*, con todas las implicaciones que esto comporta. Vemos cómo el consentimiento que se le pide al paciente hay que comprenderlo en la lógica del diálogo de la relación entre sujetos morales recíprocamente interesados. En efecto, *consentir* o *acceder* significa sentir juntos, sentir en común. En el consentimiento se crea esa comunidad de sentimientos, aquella *confianza compartida*⁵⁴ que debe caracterizar a la relación terapéutica y que va más allá de un simple esquema contractual, de un mero intercambio de bienes y servicios.

En el marco de una auténtica relación personal será realista la perspectiva de graduar la comunicación según las necesidades de la persona enferma. Tal necesidad no deberá, por lo demás, basarse sólo en un criterio psicologicista, con la intención simple y sencilla de eliminar el sufrimiento o, por lo menos, de eliminar los síntomas. Cuando se haya establecido una verdadera relación personal, tal vez será posible ir más allá del sufrimiento, el cual podrá entonces asumir un *significado*. Se ve claro ahora la dirección en la que debe ir el esfuerzo hermenéutico del que hemos hablado repetidamente: debe ir en el sentido de un recíproco instruirse el médico y el paciente, por el que la verdad que el médico podrá decir (más aún, comunicar) deberá ser hábil y prudentemente habilitada sobre las exigencias reales del paciente, sobre su efectiva capacidad de comprensión y de aceptación de la verdad misma.

Si, por consiguiente, el decir-la-verdad es un principio ético general, es cierto también que se requiere *prudencia* y *discernimiento*, que consisten en la habilidad de transformar la norma general en la situación particular, en la adaptación de la misma a la contingencia y a la irreductibilidad de la situación presente. Esto es, la prudencia no designa una cautela genérica en la decisión, sino que define la virtud que posibilita la aplicación de los principios generales al caso particular.

Los principios generales no pueden llevar a una decisión concreta mediante procedimientos deductivos y unívocos. Hay que intentar, pues, una *hermenéutica de la situación particular*, en el pleno respeto de la individualidad y originalidad de la misma.

Comunicación de la verdad y consentimiento

Hemos hablado de la autonomía y de la posibilidad de que esta, en condiciones de enfermedad mental, se vea coartada. Limitar la autonomía se traduce a disminuir la capacidad de decisión del paciente, requerida para que este dé un consentimiento válido e informado a un tratamiento médico particular.

Ahora bien, conviene advertir de inmediato que la enfermedad mental puede reducir, efectivamente, la capacidad de tomar una decisión autónoma, sin embargo, la llamada *competence* es un conjunto de capacidades por el que algunas personas podrán resultar competentes para hacer ciertas cosas e incompetentes para hacer otras.⁵⁵

Buscar incansablemente el objetivo del alivio de la pena y del sufrimiento, motivado sólo con base en el principio de procurar el bien del paciente, pero privándolo de la verdad que le concierne, comporta el riesgo de una auténtica infantilización del enfermo, al grado de violar su dignidad de sujeto personal.

La *infantilización* del paciente se produce en general por razones de logística. Es sobre todo para reducir la complejidad y los tiempos de la relación terapéutica por lo que el médico prefiere el régimen del paciente “bajo tutela”, sin embargo, esto puede comprometer la posibilidad de decir la verdad sin faltar al valor de la comunicación interpersonal.

Esto vale igualmente para el paciente psicótico, cuya capacidad de dar un consentimiento válido e informado es difícilmente imaginable. Tampoco en este caso es legítimo decir que la conciencia, aun escindida, esté ausente o sea reducible en sí a la conciencia infantil.

Precisamente la situación de los enfermos psiquiátricos graves induce a replantear la forma de consentimiento. Este debe ser *suscitado e interpretado* y se expresará sobre todo en un *código predominantemente emotivo*, seguramente expuesto, por esto, al riesgo de malos entendidos y abusos. Será un consentimiento nunca definitivo, siempre cuestionado a causa de las escisiones y discontinuidades de la conciencia. Precisamente la negación de su capacidad de decisión, aun limitada, parece avalar una simplificación que, en los hechos, se traduce en una intervención farmacológica antes que humana y dialógica.⁵⁶ Significa cuidar el sufrimiento como síntoma, sin dejar al paciente la posibilidad, con su “grito de dolor”, de pedir algo.

“Sería una crueldad sin sentido —afirma Sachs— negar un medicamento a un paciente que sufre; todo otro asunto sería querer despachar una terapia farmacológica cualquiera como el único tratamiento posible... Por tanto, yo presento los medicamentos como *medidas coadyuvantes y provisionales* que hay que usar mientras se trata de lograr una más completa comprensión del estado del paciente...” Y continúa “la regla cardinal es una sola: escuchar siempre al paciente. Por la misma razón, el pecado cardinal es no escuchar, ignorar. Antes de cualquier criterio específico debe estar la orientación general de establecer una relación, una comunicación con el paciente, de modo que este y el médico se comprendan el uno al otro”.⁵⁷

Si esto es cierto para todo tipo de enfermo, parece que, especialmente en el caso del enfermo psiquiátrico, hay que distinguir oportunamente entre el objetivo del *cuidado de la enfermedad* y el objetivo de la *buena realización del tiempo de la enfermedad* (es decir, para volver a las expresiones que venimos utilizando, el objetivo de la comprensión de la enfermedad mental como una particular exigencia existencial).

Algunos casos conflictivos

Hemos hablado de la posibilidad que tiene el enfermo psiquiátrico de dar un consentimiento válido e informado, posibilidad que se basa en algunas condiciones como, en primer lugar, el reconocimiento de la autonomía del paciente o, por lo menos en el caso de un evidente deterioro, de su dignidad como sujeto personal.

Ahora bien, precisamente por la doble consideración de los límites de una decisión autónoma y del debido respeto a la dignidad del paciente, surgen casos de conflicto que exigen ser aclarados.

Un primer caso se registra cuando el paciente rechaza terapias que, por el contrario, el médico juzga necesarias en su estado.

“Respetar la conciencia individual y las opciones que esta hace, como manda el principio de autonomía, no significa ni reconocerle un estatuto banalmente individualista..., ni degradarla a un arbitrio superficial..., ni desconocer que a veces puede optar por conductas inmorales... Significa advertir un valor, una condición de eticidad en la voluntad ejercida con conocimiento propio...”.⁵⁸ Añadamos que, en general, una actitud de

“protección” para con el paciente puede representar un arma de doble filo. Si se pueden encontrar buenas razones para alentar una actitud semejante, no se debe olvidar que todo esfuerzo realmente terapéutico debe intentar promover la autonomía del enfermo. El problema surge cuando no se ve bien cómo proteger mejor el bien del paciente, esto es, promoviendo su autonomía o con una actitud paternalista. Si el actuar en interés del paciente comporta por parte del médico el esfuerzo de promover su autonomía, una coacción podría revelarse tan aparente cuanto menores son las posibilidades reales del sujeto de ejercer, en la situación específica, una cierta autonomía de decisión. En este caso, el médico puede pedir al representante legal del paciente un consentimiento *sucedáneo o vicario* para emprender un tratamiento sanitario en interés suyo, esto es, en bien suyo, en caso de que aquél parezca imposibilitado para dar un consentimiento válido. Así, cuando el paciente rechaza el cuidado que parece aportarle alivio, basándose en una incapacidad de decisión (que, nótese, no puede ser decretada con base en el rechazo mismo del tratamiento), es posible obtener un consentimiento vicario a fin de proteger su interés directamente. Esta hipótesis es muy diferente de la prevista por el tratamiento obligatorio, cuando la intervención coactiva no es comparable con una acción encaminada a proteger el interés del paciente, sino, por el contrario, con una intervención de protección de la seguridad de terceros.

Es decir, se admite una forma de *paternalismo débil*, en cierto modo justificado por el hecho de que la intervención médica está encaminada a restablecer las condiciones para el ejercicio de la autonomía, previniendo e impidiendo ciertas conductas autolesivas activadas por el paciente de manera no libre ni voluntaria.⁵⁹ Es diferente el caso del *paternalismo fuerte*, difícilmente justificable y que se aplica cuando, con el pretexto de actuar en bien del individuo, se limita su libertad sin considerar las decisiones tomadas por él y que le conciernen.⁶⁰

Es conveniente advertir que la justificación de una actitud de paternalismo débil está muy lejos de valer para eventuales *interferencias en la moral*. Si así fuera, volveríamos a admitir que la enfermedad mental es fruto de una desviación social y ética, de tal manera que la intervención médica se traduciría en intervención moralizadora (es decir, caeríamos en la temible moralización de la medicina y, viceversa, en la medicalización de la moral, esto es, se trataría de dar solución

médica, o por lo menos farmacológica, a trastornos identificados como fruto de desviación moral y social). Caeríamos en la triste historia del uso político de la psiquiatría como peligrosa y aviesa forma de ideologización. En cambio, si el paternalismo débil debe permitir al paciente volver a ser consciente, devolviéndole las condiciones de una elección libre con base en sus principios morales, el enfoque de la moral difícilmente tiene por finalidad el interés y el bien del paciente, y se ejerce para preservar a la sociedad de la disensión y del peligro de desintegración.

Además, si el paternalismo débil se aplica al objetivo inmediato de evitar un daño físico, es decir, para prevenir la activación de acciones autolesivas no deliberadamente elegidas, el enfoque de la moral pretende limitar los riesgos de daño moral, sin embargo resulta difícil decir en qué consiste el daño moral, además de presuntuoso establecerlo para otros.

Otro caso de conflicto es el que se registra cuando se corre peligro de que el enfermo mental emprenda acciones lesivas respecto de terceros.

El tema de los tratamientos sanitarios obligatorios remite a la interpretación de la protección de la salud: se trataría de la intervención médica encaminada a la salvaguardia de la salud del individuo en particular, para procurarle el mayor bien posible. Sin embargo, la protección de la salud es también un interés de la colectividad, esto es, el médico debe actuar, primeramente, en pro del bien del paciente, pero no puede descuidar los derechos semejantes de autoprotección de los demás individuos. La pregunta de si los tratamientos obligatorios pueden ser adoptados ante un peligro para la colectividad parece ser totalmente legítima.⁶¹

Es decir, si existen premisas para reconocer el deber de la salud⁶² (o la obligación del cuidado), entonces se justificaría la subordinación del interés individual al general. El problema entonces está en si hay y cuáles son esas premisas.

Decimos que, en general, tal como lo recoge la misma ley 180/8 [italiana], aun cuando se advierte una evidente dificultad al conjugar obligación y consentimiento, la protección de la salud (cuando no de la vida) del paciente y de los otros que podrían sufrir daño por las acciones por él emprendidas, resulta prioritaria respecto de la protección de su autonomía.⁶³ Parece claro que la limitación de la acción del sujeto se deriva del hecho de que no está en posesión de una plena capacidad de

decisión. Esto no quita, sin embargo, que el médico deba dedicarse a que el paciente pueda recuperar su autonomía, emprendiendo “iniciativas encaminadas a asegurar el consentimiento y la participación por parte de quien está obligado a ello”. Se ve claramente que, si bien el médico debe recordar siempre que su paciente es un sujeto personal dotado de dignidad al igual que cualquier otro enfermo, también debe tener en cuenta la *situación* particular, a fin de evaluar adecuadamente hasta qué punto el enfermo puede asumir responsabilidades.⁶⁴

Una reflexión para concluir

“La situación actual de complejidad y de pluralidad de orientaciones éticas expone al médico a una confrontación con requerimientos que exigen, más que en el pasado, el discernimiento basado en la virtud de la prudencia”.⁶⁵

Parece que, por las reflexiones que venimos haciendo, ha surgido sólo esta verdad, esta “propuesta operativa”. Es muy difícil hablar de normas e indicaciones universalmente válidas, sobre todo en el caso en que la enfermedad adopta connotaciones aún más difuminadas, como es el caso del trastorno mental. En este caso, además, la persona del paciente está globalmente interesada en una experiencia total, psíquica y corpórea, en la que las distinciones se desvanecen, en la que las clasificaciones, los *a priori*, parecen poco satisfactorias.

Por una especie de ironía de la historia, un verdadero paso adelante del conocimiento y de las capacidades técnicas ha ido acompañado de otra, igualmente real, pérdida de comprensión general, si no de un dramático olvido de la relación entre sujetos, entre el médico y su enfermo. Un síntoma (el “fenómeno” de la enfermedad) es un evento físico que puede ser también —desde el principio o después— un evento emotivo e intrínsecamente simbólico.

A fin de que se dé tal significado ulterior, a fin de que el dato, el fenómeno, hablando de sí diga ya de otro, es necesario empeñarse en que la *comunicación* conserve los caracteres de la proximidad, de la interrelacionalidad. Sólo con la condición de una auténtica apertura dialógica puede producirse el intercambio personal de las experiencias propias o, por mejor decir, de las propias “existencias (que hablan de la

copertenencia recíproca de un mismo horizonte de significado), cualesquiera que sean.

Referencias Bibliográficas

¹ KUHN, T.S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Turín: Einaudi, 1969: 40 ss.: al distinguir entre “ciencia normal” y revolución científica, el autor subraya que es propio de la fase de ciencia normal el compartir por parte de una cierta comunidad de científicos un “paradigma” común como instrumento de decodificación al interior de la comunidad misma e inaccesible desde el exterior.

² LADRIERE, J., *I rischi della nazionalità*, Turín: SEI, 1978: 87. Ladrière define esta especie de pre-saber como un patrimonio de creencias, como un conjunto de “representaciones mentales mediante las cuales una sociedad obtiene una imagen de la realidad y de sí misma”. Recurre también a expresiones como elementos de “naturaleza mítica”, “sistemas de creencias”, “representaciones de naturaleza teológica”, “sistemas de carácter metafísico”, “conocimientos de naturaleza empírica que pueden ser considerados como pre-científicos”, “elementos de naturaleza ideológica”.

³ HUSSERL, E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Segunda Parte: *L'origine del contrasto tra obbiettivismo fiscalistico e suggesttivismo trascendentale*, Milán: Il Saggiatore, 1961: 51-129. Cfr. también LADRIERE, *I rischi...*, p. 128 donde alude a la mentalidad cartesiana típica de la modernidad: “La preocupación de la objetividad así entendida se suscitó al principio por una preocupación de tipo racionalista, determinada por la búsqueda de las garantías de certeza y de las condiciones de acceso a la “verdad”, concebida de manera centralmente metafísica como el orden intrínseco del mundo...”. La de Descartes sigue siendo una “metafísica de la naturaleza...”; el mecanismo sigue siendo un “credo metafísico” por el carácter absoluto que se pretende hacer valer como interpretación de lo real. Cfr. también PACI, E., *Funzione delle scienze e significato per l'uomo*, Milán: Il Saggiatore, 1963: 40. Paci habla precisamente del “olvido de la Lebenswelt” como la consecuencia próxima de la mentalidad dualista de matriz cartesiana, y del redescubrimiento de la intencionalidad como la única terapia para que la ciencia vuelva a tener un significado para el hombre, y permita la “renovación de la humanidad mediante el retorno al originario y teleológico sentido de la razón”.

⁴ JASPERS, K., *Filosofía*, Turín: Utet, 1978: 249. Jaspers habla del “sentido de la ciencia” como científicamente indemostrable: “esclarecer el sentido de la ciencia... es sólo una posibilidad filosófica”. MELCHIORRE V., *Essere e parola*, Milán: Vita e Pensiero, 1984: 164-165, donde se examinan las diversas intencionalidades de metafísica y ciencia, subrayando cómo la primera precede a la segunda confiriéndole sentido.

⁵ GADAMER, H.G., *Verità e metodo*, Milán: Bompiani, 1986: 179-185. Cfr. también JASPERS, K., *Psicopatología Generale*, Roma: Il Pensiero Scientifico, 1965: 31-33: Jaspers afirma que “en el comprender genético (N. del A.: poco antes Jaspers ha distinguido entre comprender, precisamente la visión intuitiva del espíritu, y explicar, esto es conocer por nexos causales objetivos que son siempre vistos desde fuera) se intensifica el círculo hermenéutico”; el todo se debe comprender por los datos particulares del hecho, lo cual por otra parte es la premisa para la comprensión de los mismos hechos particulares”.

⁶ PACI, *Funzioni...*, p. 134.

⁷ MELCHIORRE, *Essere...*, p. 117.

⁸ CATTORINI, P., *La filosofia della medicina in Karl Jaspers*, Studium 1986, 1: 74; ID., *Il rapporto scienza/filosofía nel pensiero di Jaspers*, Studium 1985, 5: 605-617.

⁹ CARGNELLO, D., *Alterità e alienità*, Milán: Feltrinelli, 1966: 18.

¹⁰ VIANO, C.A., *Medicina e filosofia: tra competizione e conquista*, Fondamenti 1986, 5: 83-195.

¹¹ SINI, C., *Le due anime della psichiatria fenomenologica ed esistenziale* (Husserl, Heidegger e Binswanger), en CAZZULLO, C.L., SINI, C. (a cargo de), *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*, Milán: Masson, 1984: 11. CARGNELLO, *Alterità...*, p. 165: "...hay que aceptar preliminarmente esa revolución en verdad copernicana que Husserl ha aplicado a la investigación, esa revolución metodológica que indica como válida para el ser humano otra objetividad, muy diferente de la del cientificismo naturalista. Si "este se basa en la artificiosa división entre Yo y Mundo, la fenomenología antropológica señala su ser como presencia, esto es, la existencia como ser-en-el-mundo".

¹² PELLEGRINO, E.D., *Humanism and the Physician*, Knoxville: University of Tennessee Press, 1979: 78. El autor subraya que la medicina es en sí misma actividad moral y no simplemente "una aplicación práctica de una teoría sobre la realidad humana".

¹³ CATTORINI, P., *Per una filosofia della medicina*, Medicina e Morale, 1985, 3: 554-564; ID., *Medico e filosofo. Itinerari di una teoria della medicina*, Medicina e Morale, 1986, 1: 118-145.

¹⁴ Sobre la noción de juego, véase GADAMER, *Verità e...*, p. 133 ss.

¹⁵ Acerca del razonamiento sobre la crisis de la profesión médica, véase CATTORINI, P., MORDACCI, R. (a cargo de), *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione*, Milán: Europa Scienze Umane Ed., 1993.

¹⁶ Aunque conocido, vale de todos modos la pena citar el libro de PELLEGRINO, E.D., THOMASMA, D.C., *For the Patient's Good*, Oxford: Oxford University Press, 1988: 45 ss.

¹⁷ BALINT M., *Medico, paziente e malattia*, Milán: Feltrinelli, 1961: 7: "...El medicamento más usado con mucho en medicina general es el médico mismo". Y también: "El medicamento médico está muy lejos de estar estandarizado" (p. 12).

¹⁸ CATTORINI, *La filosofia della medicina...*, pp. 86-87.

¹⁹ Por respeto no se entiende esa figura de la extraneidad que corresponde al no-tocar referido, por ejemplo, a las flores en un jardín. El respeto debe entenderse como figura de la *proximidad*: respetar significa reconocer que el otro me concierne, de tal manera que su dignidad exige mi reconocimiento práctico para realizarse. ANGELINI, G., *Il dibattito teorico sull'embrione. Riflessioni per una diversa impostazione*, Teologia 1991, 16: 147-166.

²⁰ Sobre el análisis de la categoría de relación como primera categoría del ser humano, clave para la comprensión de la relación médico-paciente, remitimos a CALLIERI B., *La fenomenologia antropologica dell'incontro*, en CAZZULLO, SINI (a cargo de), *Fenomenologia...*, p. 57.

²¹ Volvemos a estar, a veces sin darnos cuenta, hablando de "datos", de "hechos", de "objetos de la investigación", etcétera. Parece que la llamada mentalidad cartesiana, a la que se ha aludido, recurre en nuestras palabras, nos condiciona, nos dificulta librarnos de ella.

²² BORGNA, E., *Per una psichiatria fenomenologica*, en GALIMBERTI, U., *Psichiatria e fenomenologia*, Milán: Feltrinelli, 1991: 9-47.

²³ SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica. ii. Aspetti medico-sociali*, Milán; Vita e Pensiero, 1991: 45 ss.

²⁴ GALIMBERTI, *Psichiatria...*, p. 52: "...Jaspers... denunció el carácter reductivo de toda explicación que, a diferencia de la comprensión que se acerca a lo que ha de comprender de manera que se adviertan las estructuras que emergen de su vertiente y no de la vertiente de quien

indaga, reduce lo que aparece a lo que ella considera las leyes últimas o la realidad última de los fenómenos que aparecen”. Haciendo una crítica de Freud y su modo de entender lo psíquico como lo inconsciente, Galimberti subraya que tal afirmación se apoya en “la aceptación indiscutible de la premisa científica según la cual la realidad existe siempre y sólo en forma de una causalidad rigurosa y sin lagunas, por lo que, si no es dado comprobar esta causalidad a nivel de la conciencia, habrá que afirmarla a nivel inconsciente” (p. 53). Cfr. también CARGNELLO, *Alterità...*, p. 112: “Ahora bien, el hombre naturaleza de Freud no es hombre real, es una idea, una particular concepción del hombre; es el resultado de un pensamiento secundario y reductivo del ser-hombre. Uno de los puntos débiles de la doctrina freudiana es precisamente este: el considerar esta idea, en definitiva abstracta, como la realidad misma del hombre... La idea del hombre naturaleza de Freud es una *construcción* científica, posible solamente con base en una *destrucción* preliminar de su global experiencia interhumana...”

²⁵ JUNG, C.G., *Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche*, en *La dinamica dell'inconscio* en JUNG *Opere*, vol. viii, Turin: Boringhieri, 1976: 240. CALLIERI, *La fenomenologia...*, p. 125: “El mundo *en sí*, construido por la ciencia mediante sus operaciones lógicas, no obstante sigue siendo siempre un mundo que la humanidad, en un cierto momento de la historia, ha construido para sí, y por tanto en el para sí hay que buscar el sentido de toda *actitud teórica*, incluido el científico que se plantea, por naturaleza, como búsqueda del *en sí*. Si no quiere reducirse a la insignificancia total, la ciencia no debe olvidar en su investigación del *en sí objetivo* ese terreno latente que es a fin de cuentas, el mundo de la vida...”. También en la página 62, hablando del psicoanálisis, dice que hay que “pedirle sacrificar, a nivel teórico, el ideal explicativo y reductivo de las ciencias naturales, pues de otro modo asistiremos al espectáculo paradójico de nuestra historia, que Husserl denuncia en la *crisis* de las “ciencias europeas” cuando dice que el hombre, después de haber ideado las ciencias naturales, acabó por entenderse a sí mismo a partir de esa ideación, esto es, del esquema que se hiciera para interpretar a la naturaleza”.

²⁶ GALIMBERTI, U., *Psychoanalyse e daseinanalyse. La psicologia come arte*, en CAZZULLO, SINI (a cargo de), *Fenomenologia...*, p. 66.

²⁷ MAZZA, S., AZZONI, A., *Lo psichiatra e il suo paziente*, Medicina e Morale 1986, 2: 330-346. Me parece que una afirmación semejante va, sin embargo, en dirección de una distinción más bien clara entre somático y psíquico. Creo en el fondo más convincente la explicación que Spinsanti da del posible origen psíquico de algunas enfermedades somáticas. Retomando la lección de Viktor von Weizsacker, afirma que “las enfermedades somáticas representan a menudo el intento de compensar una herida psíquica, de reparar una pérdida íntima o de resolver un conflicto inconsciente”. Y, hablando siempre del mismo autor añade: “Weizsacker... introduciendo el psicoanálisis en la medicina interna, quería fundar una patología general que no separara las enfermedades psíquicas y psicósomáticas de las orgánicas” (SPINSANTI, S., *L'alleanza terapeutica*, Roma: Città Nuova, 1988: 18 ss.).

²⁸ BALINT, *Médico...*, p. 51 Cfr. también la p. 158: hablando de la sensación de derrota que experimenta el médico frente a su “incertidumbre del diagnóstico”, a su incapacidad de dar-un-nombre a la enfermedad, “su embarazo se agravaba por su incapacidad para entrever una terapia racional para esta enfermedad”.

²⁹ Sobre la negación de la enfermedad mental y su explicación en términos exclusivamente empírico-sociológicos, véase la clásica aportación de SZASZ, T., *Il mito della malattia mentale*, Milán: Il Saggiatore, tit. orig. *The Myth of Mental Illness*, American Psychologist 1960, 15: 113-118. Véase también BALINT, *Médico...*, pp. 43 y 54: el autor afirma que, por deformación en su formación, los médicos psiquiátricos buscan ante todo encontrar las *causas orgánicas* en los trastornos de sus pacientes, intentando luego un diagnóstico que sea ante todo “físico”. Es interesante también esta consideración, que va en el sentido de una concepción mecanicista de

la enfermedad: "...si el médico llega a un diagnóstico físico correcto, aunque su esfuerzo terapéutico falle, o si no existe totalmente una terapia adecuada a esa enfermedad particular, se siente tranquilizado, dado que los sufrimientos del paciente pueden ser justificados y explicados, y por consiguiente aceptados por el médico sin sentimientos de culpa" (p. 55). Y finalmente, casi para repetir la concepción cartesiana de la relación entre cuerpo y psique, en la que la conciencia es descubierta después de haber puesto entre paréntesis la fisicidad de lo real (concepción residual de la conciencia, como hemos dicho), se lee: "Los neuróticos son en cierto modo el fondo que queda cuando todo lo demás ha sido eliminado" (p. 55).

³⁰ Así, el riesgo de definir la enfermedad como desviación respecto de una norma sociológicamente entendida es común tanto a la enfermedad mental orgánica (supuesto que de todos modos tal distinción entre mental y orgánico tiene verdaderamente sentido); se habla en efecto de "papel" del enfermo, de hospitalización o institucionalización como de una alienación y eliminación de la negatividad intrínseca en la vida social y que el enfermo representa con su enfermedad.

³¹ Como aludíamos antes, la medicina misma, cuando se torna superespecializada, cree poder dar también un sentido a la realidad aduciendo múltiples pero fragmentarias explicaciones de ella. De hecho, la medicina ha contribuido de esta manera a sofocar la búsqueda de sentido. En la que hemos definido como una deplorable medicalización de la vida cotidiana se entiende que "...la medicina, como fenómeno social de normalización de las desviaciones sociales, en muchos casos y situaciones puede parecer una instancia destinada a reprimir el interrogante fundamental del ser humano ante el problema de la verdad de su existencia. Querer a toda costa encontrar la causa orgánica de un malestar "metafísico" es una actitud seguramente mortífera, aunque no sea deliberada y ni siquiera consciente. Es este un aspecto de la contradicción médica: la medicina sofoca en nosotros el interrogante que nos plantea con la mayor agudeza, dándonos la capacidad de transformarnos a nosotros mismos" (MALHERBE, J.F., *La medicalizzazione della vita e la resistenza della parola*, en SPINSANTI (a cargo de), *Nascere, amare, morire*, Cinisello Balsamo: Paoline, 1989: 70).

³² GALIMBERTI, *Psichiatria...*, p. 204.

³³ BORGNA, *Per una psichiatria...*, p. 17.

³⁴ El alienado no sería, pues, aquel que vive "fuera del mundo", sino aquel que en la alienación ha encontrado el único modo posible de estar-en-el-mundo. BINSWANGER, L., *Per un'antropologia fenomenologica*, Milán: Feltrinelli, 1979: 67 ss.

³⁵ GALIMBERTI, *Psichiatria...*, p. 22 ss. SPINSANTI, *L'alleanza...*, p. 24; remitiendo a la medicina antropológica de Viktor von Weizsacker, Spinsanti muestra que esta comporta una doble operación: recuperar, por una parte, la totalidad, en una perspectiva holística, del enfermo y de su enfermedad, haciendo de ella un elemento de su biografía e indicar la presencia, por debajo de la enfermedad, de una subjetividad precisa. "Sólo si se tiene presente lo que la enfermedad es (antropología), manteniendo unidos facticidad y significado, se puede abrir la enfermedad al poder ser del enfermo (ética), desde el momento en que la enfermedad del hombre... no es la descompostura de una máquina, sino que la enfermedad no es otra cosa que él mismo; o, mejor, su posibilidad de ser él mismo".

³⁶ GALIMBERTI, *Psichiatria...*, p. 60.

³⁷ Hablando de la *corporeidad* como condicionamiento pero al mismo tiempo como condición para una proyectualidad futura, como situacionalidad cargada de expectativas, Galimberti subraya que "tal vez hay que buscar la experiencia de la alienación precisamente allí donde el cuerpo no remite sino mantiene, donde es vivido como el obstáculo que hay que superar para estar en el mundo, ese obstáculo en que cada uno puede convertirse para sí mismo desde el momento en que se niega como apertura originaria" (*Ibidem*, p. 63). Resulta interesante la afirmación, muy parecida a la anterior, de CARGNELLO, *Alterità...*, p. 31: "...se podría decir

también que las configuraciones de la alienación son testimonios extremos del ser-obligado-a-ser. Esto, no obstante, también el alienado no deja por esto de revelarse como una presencia humana que *proyecta un mundo...*. Y también, en la p. 32: “Para estos (los alienados) la historia interior de la presencia no se despliega ya, tiende a reducirse a mera repetición”, casi como minusvalorando el significado de la historicidad humana y de su situacionalidad.

³⁸ CALLIERI, *La fenomenología...*, p. 59: “Así, podemos hoy considerar la psiquiatría no sólo como el estudio de las distorsiones de la comunicación interhumana sino también quizás, y sobre todo, como el estudio de las distorsiones (antropológicas) del encuentro...”.

³⁹ GALIMBERTI, U., *Psichiatria...*, p. 51. Hay que subrayar, vale la pena repetirlo ahora, “la aceptación acrítica e inconsciente del dualismo cartesiano entre *res cogitans* y *res extensa* que, destruyendo la originaria unidad del hombre, lleva a concebir entidades en sí, pertenecientes a un *aparato psíquico* a su vez encerrado en sí mismo, las cuales son en realidad modalidades de relación de la relación original del hombre con el mundo...” (p. 54).

⁴⁰ AGICH, G.J., *Issues in consultation liaison psychiatry*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1985, 10: 11 ss. El autor afirma que el primer deber del psiquiatra se tiene respecto del paciente. En primer lugar el deber de preservar (proteger) su autonomía.

⁴¹ VEATCH, R., *Models for ethical medicine in a revolutionary age*, en CALLAHAN, J.C., *Ethical issues in professional life*, Oxford: Oxford University Press, 1988: 89-92.

⁴² La expresión ética-del-cuidado traduce la expresión *ethics of care* introducida por REICH, W.T., *La relazione medico-paziente: un contratto o un vincolo di cura?*, intervención en la Reunión Modelos de medicina. Crisis y actualidad de la idea de profesión”, en CATTORINI, MORDACCI (a cargo de), *Modelli di medicina...*, pp. 35-59.

⁴³ “El cuidado (Sorge) que remite al hombre a las cosas no es el cuidado que lo remite a los otros hombres, porque si de las cosas cuida el hombre, del hombre tiene cuidado. Este tener cuidado puede significar o el sustraer a los otros sus cuidados o ayudarlos a *ser libres para asumir su propio cuidado*. En el primer caso el hombre no se cuida tanto de los otros, cuanto de las cosas que hay que procurarles, en el segundo caso ofrece a los otros la posibilidad de encontrarse a sí mismos y de realizar su propio ser” (GALIMBERTI, op. cit., p. 199). Parece evidente que en la segunda acepción de cuidado hay espacio para la promoción de la libertad humana y que, en la práctica médica, esto corresponde al esfuerzo hermenéutico del médico de suscitar el consentimiento del paciente tras una adecuada comunicación de su verdad, de la verdad que el paciente es capaz de hacer suya.

⁴⁴ MALHERBE, J.F., *Per un'etica della medicina*, Cinisello Balsamo: Paoline, 1989: 54.

⁴⁵ CATTORINI, P., *Problemi di etica psichiatrica. Aspetti deontologici, legislativi e medico-legali*, en Trattato italiano di psichiatria, Milán: Masson, 1993: 279.

⁴⁶ PELLEGRINO, THOMASMA, *For the patient's...*, p. 92: los autores distinguen entre *right decision*, la decisión respetuosa del bien biomédico conforme a los estándares adquiridos de “normalidad”; y *good decision*, es decir, la decisión adoptada en conformidad con los valores éticos del paciente además de los compartidos por la sociedad. En particular véase la p. 118, en la que los autores afirman: “*The immediate end of medicine is not simply a technically proficient performance but the use of the performance to attain a good end, the good of the patient, her medical or biomedical good... But also the good as the patient perceives it, the good as a human person can make a life plan, and the good as a person with a spiritual destiny if this is her belief*”.

⁴⁷ JACKSON, J., *Telling the truth*, *Jornal of Medical Ethics* 1991, 17: 5-9.

⁴⁸ “El médico puede verse enfrentado con un auténtico problema hermenéutico, complicado por los diversos niveles de la psique. No será capaz de establecer qué es lo que el paciente desea saber verdaderamente, si no tiene un conocimiento general previo de la persona”. SPINSANTI,

L'alleanza..., p. 143.

⁴⁹ “La necesidad de proporcionar una adecuada y completa información nace efectivamente no sólo de la exigencia de proteger al paciente, ofreciéndole los instrumentos idóneos para hacer una elección y permitiéndole de tal manera seguir siendo árbitro de su propia salud sino también, y en algunos ámbitos... sobre todo, de la necesidad de obtener un compromiso participativo que representa condición indispensable para el éxito terapéutico” (CATANESI, R., SCAPATI, F., GRECO, O., *Il consenso in ambito psicoterapico*, Medicina e Morale 1988, 3-4: 444). Y también: “...el derecho a ser informado debe ser utilizado igualmente como momento propositivo necesario para hacer madurar en el paciente la conciencia de una necesidad de salud y por tanto puede y debe ser eficazmente usado por el médico para estimular una participación activa en un proceso terapéutico que resulte necesario” (p. 446).

⁵⁰ Para las consideraciones que siguen sobre el tema de la comunicación de la verdad nos valemos de las aportaciones del teólogo Giuseppe Angelini en las sesiones del Comité Ético del Hospital San Rafael, que ha dedicado mucha atención al problema que estamos tratando.

⁵¹ BALINT, T., *Medico, paziente...*, p. 127: “Hemos visto al paciente que, en una fase aún no organizada, *ofrece* numerosas enfermedades a su médico, y al médico que responde a estas ofertas rechazando algunas y aceptando finalmente una. Un aspecto importante de la reacción del médico es el proceso de la *eliminación a través de apropiados exámenes físicos*, que conduce a la formulación de una clasificación tanto de las enfermedades como de los pacientes. La respuesta del médico lleva con mucha frecuencia a un *acuerdo* entre médico y paciente, entrando la enfermedad así en su fase organizada”.

⁵² GALIMBERTI, U., *Pshychoanalyse...*, p. 66: “A diferencia del lenguaje científico que expone el sentido de las cosas en una apertura desvelada, el lenguaje simbólico no expone en la apertura, sino que abre la apertura”.

⁵³ *Ibidem*, p. 36: el autor denuncia los casos en que se registra una “confusión de lenguajes” entre médico y paciente, como el caso, por ejemplo, en que el paciente ve la oferta del médico de una segunda serie de análisis y exámenes como una promesa irreal de ayuda o un intento inútil de tranquilización.

⁵⁴ DYER A.R., BLOCH S., *Informed consent and the psychiatric patient*, Journal of Medical Ethics 1987, 13: 13.

⁵⁵ BURT R.B., *Informed consent in mental health*, en REICH, W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: The Free Press, 1978: 763 ss. Se lee que los límites de la racionalidad pueden incluso no ser mayores en el caso de enfermedad mental respecto de otras enfermedades. Algunos pacientes psiquiátricos no son menos racionales (*less rational*) que otros pacientes ni más obstinados al rechazar los cuidados que se les ofrecen. Se advierte además sobre el peligro real que el rechazo de la terapia puede ser considerado como señal de enfermedad mental. La imposición de los cuidados puede ser legítima sólo en el caso en que la persona, *a causa* de su enfermedad mental, no logre entender la necesidad que tiene del tratamiento. A este propósito, véase lo que dicen CATANESI, SCAPATI, GRECO, *Il consenso...*, pp. 441 ss. La imposición de un tratamiento por parte del médico, legitimada sólo si, *a causa* de su enfermedad, el paciente consiente en ello, debe ser por lo demás seguida de iniciativas por parte del médico para transformar el desacuerdo en consentimiento, para permitir incluso al paciente colaborar autónomamente en la gestión de su crisis.

⁵⁶ ILLICH, I., *Limits to medicine*, Londres: Penguin Books, 1988 (1a. ed., 1976): 140. El autor subraya que la medicina ha acabado por “matar al sufrimiento”, transformándolo en una cuestión técnica, y privando así al sufrimiento de su particular significado humano. Compete en cambio a la cultura hacer tolerable el sufrimiento integrándolo en un “*meaningful setting*”, en un más amplio marco de significación.

⁵⁷ SACHS O., *Emicrania*, Milán: Adelphi, 1992: p. 357 y 387. “El médico no debe dominar al paciente, ser dogmático; no debe recitar el papel del experto...; debe escuchar al paciente, oírlo por debajo de sus palabras; escuchar sus necesidades particulares, no expresadas; dirigir sus inclinaciones, sus modelos de vida; escuchar lo que su enfermedad, su emicrania, está diciendo. Sólo entonces el camino de la curación se verá claro” (p. 391). *Escuchar por debajo de las palabras* significa precisamente hacer realidad las condiciones para un diálogo que no es simple información, con el fin de suscitar un consentimiento válido. Sobre la necesidad por parte del médico de superar su tentación “dogmática”, véase también GALIMBERTI, *Psichiatria...*, p. 306: “Esta silenciosa cercanía, si bien puede evitar al catatónico la insignificancia de su soledad, ciertamente evita al psiquiatra el monólogo solitario de su razón sobre la locura”. Vuelve el tema de la necesaria interacción entre racionalidad, racionalización, irracionalidad: la superación de la mentalidad objetivante y dualista de la que hemos hablado en varias ocasiones induce a considerar la razón como algo diverso, ampliado, respecto del intelecto científico, casi como hasta ser absorbida en la noción más vaga pero más humana de racionalidad.

⁵⁸ CATTORINI, *Problemi di etica psichiatrica...*, p. 2798.

⁵⁹ TEN, C.L., *Paternalism and morality*, Ratio 1971, 13:

⁶⁰. Según este autor las razones que podrían justificar una interferencia en las decisiones del sujeto son: 1) pertenencia del sujeto a categorías especiales, como en el caso de los niños y de los enfermos mentales, los cuales, por defecto de la razón o por trastorno mental, no son capaces de comprender la calidad del acto que van a hacer; 2) falta actual de conciencia; 3) falta de control, causado, por ejemplo, por estados emotivos particulares. Véase también HODSON, J.D., *The principle of paternalism*, American Philosophical Quarterly 1977, 14: 61-62. Vale la pena referir la expresión de FREEDAM, B., *A Moral theory of informed consent*, Hastings Center Report 1975, 5: 32-39, que habla expresamente de *right to custody* refiriéndose a los menores. Precisamente porque estos no son autónomos, no tendrían el derecho de ser dejados solos”. Quienes utilizaron sobre todo las expresiones de paternalismo débil y paternalismo fuerte fueron FEINBERG, J., *Legal paternalism*, Canadian Journal of Philosophy 1971, 1: 106-124; y DWORKIN, G., *Paternalism*, en WASSERTROM, R.A. (ed.), *Morality and the Law*, Belmont 1971: “Por paternalismo Dworkin entiende la interferencia en la libertad de la persona de acciones justificadas, por razones concernientes exclusivamente al bienestar, el bien, la felicidad, las necesidades, los intereses o valores de la persona coercionada”.

⁶¹ SGRECCIA, *Manuale di bioetica. II...*, pp. 77 ss. El autor afirma ante todo que la posibilidad de emprender una acción médica sin el consentimiento del interesado depende de estas razones: el paciente no es capaz de dar un consentimiento válido; existe un grave e inminente peligro, y tal peligro comporta la posibilidad de un daño serio para la persona. En cuanto a los riesgos de que un paternalismo débil se traduzca en una especie de imposición moral, se lee que “el psicoterapeuta (aparte de la obligación de adoptar medidas de contención cuando el sujeto no tenga la capacidad personal de autocontrol y pueda volverse peligroso para sí o para los demás) deberá ayudar siempre al paciente a autocomprenderse y a autoconstruirse sin dominar y manipular su autonomía” (p. 82).

⁶² Baste recordar el artículo 32 de la Constitución [italiana. N. del E.], según el cual la salud es un derecho del individuo y un interés de la colectividad”. Véase la útil precisión introducida por ALPA, G., *Salute* (diritto alla), en *Novissimo Digesto Italiano*, Turín: UTET, 1986: 915: “Reconociendo a la salud un valor social, se atribuye a cada particular la titularidad tanto de un derecho civil (dirigida a las prestaciones y a la actividad pública en el campo sanitario), cuanto de un derecho de libertad (encaminada a la abstención de toda interferencia ilegítima en la esfera de la autodeterminación del individuo particular) y, correlativamente, un deber (de contribuir, incluso mediante limitaciones de la libertad individual, para preservar la salud pública)”.

Finalmente, sobre la obligatoriedad de la salud, véase KASS, L., *Regarding the end of medicine and the pursuit of health*, Public Interest 1975, 40: 39: La salud es un estado de ser, no es algo que pueda ser dado. Aun cuando yo no me sienta particularmente atraído por el lenguaje de los derechos y de los deberes relativos a la salud, me orientaría mucho más en la dirección, una vez hecha tradicional, *de decir que la salud es un deber y que cada uno tiene la obligación de preservar su propia buena salud.*

⁶³ Por lo que concierne al estado de necesidad, es condición indispensable para emprender un tratamiento sanitario obligatorio que la vida del paciente esté en grave e inminente peligro y que el interesado no sea capaz de expresar un consentimiento válido e informado. La acción emprendida, en todo caso, debe ser proporcional al peligro (cfr. el art. 34 de la ley [italiana] 833/78).

⁶⁴ La ley [italiana] 180/78, que proclama ante todo el principio del tratamiento voluntario así como el de la libre elección del médico y del lugar de los cuidados, si por un lado se enraiza en una concepción humanizada de la asistencia psiquiátrica, por otra parte parece comprometida por impulsos ideológicos radicalizados que llegaban hasta la negación de la existencia de la enfermedad mental o a verla simplemente como expresión de malestar social (SGRECCIA, *Manuale di bioetica. II...*, p. 108).

⁶⁵ SPINSANTI, *L'alleanza...*, p. 75.



Agra, India

Anticonceptivos e imperialismo cultural contra las necesidades reales de la mujer y las familias en el mundo entero

*Mercedes Arzu Wilson**

Resumen

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, convocada por la O.N.U., en El Cairo, durante el mes de septiembre de 1994, es continuación de las de Bucarest en 1974 y de Ciudad de México en 1984, y constituirá un compromiso internacional sobre estos rubros.

La presente conferencia manifiesta una clara intención de promover cambios fundamentales en la percepción de la sexualidad humana, con una fundamentación pragmática y utilitarista.

Lejos de basar su postulación en la Antropología de la Sexualidad Humana, se centra fundamentalmente en la necesidad de abatir a cualquier costo y método los índices de natalidad, en especial del tercer mundo, justificando su acción a la necesidad del crecimiento económico sobre el humano. El presente artículo clarifica la posición de la Fundación Familia de la Américas (FAF) al respecto.

En este texto deseo clarificar la posición de la Iglesia Católica en relación con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y su repercusión en la familia.

* Presidente de *Family of the Americas*.

En la Conferencia se espera que todos los países apoyen las propuestas radicales postuladas en el Documento de las Naciones Unidas, impuestas por EE.UU., y que implican las siguientes pretensiones:

1. El aborto es un medio de control natal.
2. Se niega la importancia de la familia como unidad básica de la sociedad.
3. Se presiona a los países en desarrollo a promover los programas de control poblacional, probados como innecesarios y peligrosos.

Más aún, el Documento de El Cairo contiene 89 páginas en total y supone que tratará de población y desarrollo, sin embargo, sólo seis páginas se refieren al desarrollo. La delegación de EE.UU. en El Cairo está compuesta principalmente por una gran representación no gubernamental, feministas y grupos de planificación familiar como International Planned Parenthood (IPPF); grupos que prefieren ignorar las encuestas donde se indica claramente que el 89% del público americano está en contra del uso del aborto como medio de control natal.

Tradicionalmente los países en desarrollo han expresado una fuerte oposición en contra de “la cultura imperialista” de los EE.UU., que además de haber saturado a la gente con medios antinaturales de control natal, esterilización y legalización del aborto, ha llegado a ser el país con el más alto número de divorcios, embarazos en la adolescencia, enfermedades venéreas (con proporciones epidémicas) y el mayor número de abortos y problemas similares.

Los únicos que tienen beneficios de los programas de control natal son las compañías farmacéuticas, que producen drogas y equipos anti-conceptivos y las agencias de control poblacional, que reciben millones de dólares para promover y distribuirlos a médicos irresponsables, los cuales, a su vez, aconsejan su uso a pesar de los graves efectos secundarios.

Las mujeres son fértiles únicamente durante unas 100 horas en cada ciclo, mientras que los hombres son fértiles todo el tiempo, sin embargo, muchos de los métodos de control artificial alteran constantemente las delicadas funciones reproductivas de la mujer, por lo que está en peligro físico, moral y espiritual.

En forma similar, Nancy E. Dirubba reportó en octubre de 1987 en el *American Journal of Nursing*, (*La Barrera del Condón*, p. 1306) que el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH es 450 veces más pequeño que el espermatozoide humano. Con base en esto, se reconoce que los condones son inefectivos en la prevención de los embarazos, pero

entonces, ¿cómo es que EE.UU. fundamenta su distribución en todo el mundo, con la falsa pretensión de que prevendrá enfermedades de transmisión sexual?

Por otra parte, un estudio del Método de la Ovulación en la República de China, realizado por el gobierno de ese país, obtuvo el resultado de 98.7% de efectividad en la contracepción en parejas que no tenían convicción religiosa. El resultado más impresionante del estudio fue el rango de continuidad del método: 93% después de los doce siguientes meses. Esta es la mayor tasa de continuidad en cualquier método de planificación familiar, ya que los dos principales métodos artificiales de control natal, las pastillas anticonceptivas y el dispositivo intrauterino, tienen 50% de abandono entre las mujeres americanas con buen estado de salud.

Por su parte, las mujeres con problemas de salud en los países en desarrollo tienen mayor índice de abandono de método. Frecuentemente están débiles y anémicas y no pueden tolerar el excesivo sangrado provocado por los efectos abortivos del dispositivo, el Norplant o los contraceptivos inyectables. Los efectos secundarios de la píldora son aún más severos. Además, el gran índice de abandono en los métodos artificiales de control natal los hace más costosos para los contribuyentes.

Parece incongruente que los programas de control natal, impuestos por nuestro gobierno, se les denomine “ayuda”, puesto que provocan grandes gastos en los gobiernos, que tienen que atender los efectos secundarios causados por esos métodos. En las mujeres con poca salud incluso es peligroso hacer uso de ellos.

No negamos que muchas parejas desean limitar o espaciar sus hijos y que ellos deban de pagarlo con sus propios recursos, pero el fin no justifica los medios. Los gobiernos sólo deben promover programas en beneficio de la familia, no promover las decisiones con una pose de beneficio a sus miembros y al bien común. El decir que las parejas son incapaces de tener unos cuantos días de abstinencia cada ciclo es desestimar la capacidad de control de las parejas.

La alternativa auténtica

Esta consiste en robustecer la responsabilidad de la paternidad. ¿No deberíamos ayudar a los gobiernos a promover la alternativa natural de

planificación, que es tanto efectiva como dentro del control de cada pareja? Un estudio reciente de planificación familiar natural, llevado a cabo con 19,843 parejas en Calcuta, India, fue publicado en el *British Medical Journal* de septiembre 13 de 1993, y confirmó la efectividad del 99.06%, muy superior a cualquier método artificial de control natal. Este estudio fue financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluyó parejas indús, musulmanas y cristianas, muchas de ellas pobres.

Por otro lado, su Santidad Juan Pablo II exorta a todas las parejas a respetar la Ley Natural. Hay un método natural, efectivo, sencillo de aprender y compatible con el respeto que el hombre que ama a su mujer debe tener a su fisiología. El Método de la Ovulación es conocido y practicado en cerca de cien países y los materiales de enseñanza en el método pueden encontrarse en 21 lenguas.

La efectividad de los métodos naturales modernos (no el ritmo, o temperatura basal), se han corroborado a nivel mundial y recientemente se han publicado en un estudio extenso por la O.M.S.

¿Qué es lo que los EE.UU. quieren imponer en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo?

La Declaración Universal de los Derechos Humanos promulga que “la familia es la unidad básica de la sociedad”. En el documento preliminar de la Conferencia de El Cairo, esto se ha modificado como sigue: “la familia es *una* unidad básica de la sociedad”. Esto atenta contra la familia y está en contra de otorgar a esta el derecho exclusivo de ser la *única* unidad básica de la sociedad, degradándola y aceptando que hay otros tipos de relación no natural que pueden sustituir este papel.

Los llamados “derechos reproductivos” también son promovidos. Estas propuestas significan que los adolescentes tienen el derecho “de privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y respeto” en el área de salud sexual. No se hace ninguna mención a los derechos de los padres y a la obligación de guiar a los niños en sus decisiones. En realidad los “derechos reproductivos” se refieren a la libertad de las parejas casadas de decidir cuándo desean tener hijos, libres de la interferencia del gobierno.

En la discusión sobre salud reproductiva el borrador de la Conferencia de El Cairo discrimina la institución del matrimonio, excluyéndola en todo el documento.

En otras naciones, donde la vida familiar permanece intacta, los líderes políticos reconocen la necesidad de defender la institución del matrimonio. En una carta del primero de junio de 1994, dirigida a los presidentes de algunas naciones, el Presidente Carlos Menem expresó alarma sobre las propuestas de la Conferencia de El Cairo y declaró que: “nuestra idea de las políticas de desarrollo incluyen la protección y el bienestar de la familia, así como el respeto a sus principios fundamentales”.

Además, en una carta abierta al presidente Clinton en un prestigioso periódico de los EE.UU., y firmado por muchas organizaciones americanas, se lee lo siguiente: “Señor Presidente, el colapso de la familia americana ha implicado un enorme costo a la sociedad... son alarmantes las estadísticas... el Departamento de Justicia ha determinado que el 70% de los jóvenes detenidos judicialmente provienen de hogares sin padre. Nuestra política doméstica está realmente enfocada al establecimiento de un crecimiento y estabilidad económica, nosotros no podemos propagar al tercer mundo los problemas que han probado ser desastrosos en la sociedad americana.”

Por otro lado, es un atentado ignorar los siguientes hechos:

Nuestro planeta no está sobrepoblado. Si el mundo entero estuviera confinado a un área representada por el uno por ciento de la superficie de la tierra, cada familia de cinco podría vivir en un tercio de acre. La densidad poblacional de esta área sería menor que la de Washington en este momento. Hoy, la población mundial está creciendo en un índice de 1.5% por año. Contrario a la información proporcionada, el índice de población está decreciendo y puede alcanzar el cero en el próximo siglo. Cada una de las naciones del mundo ha experimentado una caída en su índice de nacimientos durante los últimos cuarenta años, esto es, entre el final de 1960 y el final de 1980 el promedio de nacimientos ha caído un tercio.

La causa real del crecimiento poblacional no ha sido el aumento del índice de natalidad, sino la significativa disminución de los índices de mortalidad logrados por los avances científicos y médicos en la segunda parte del siglo veinte. Como se indica en el borrador del documento de El Cairo, “durante la última parte del siglo la esperanza de vida en los nacidos se ha incrementado en aproximadamente 20 años; el riesgo de mortalidad durante el primer año de vida ha disminuído en dos tercios”.

Los expertos maltusianos claman que las causas del crecimiento poblacional ocasionan trastornos económicos, pero esto evidentemente es al contrario, y la Academia Nacional de Ciencias abandonó esta teoría en 1986. En los países en desarrollo, el incremento del índice económico ha sido mayor que el poblacional.

La tecnología moderna ha producido un aumento espectacular en la productividad de la agricultura; en las granjas americanas, por ejemplo, la producción de comida por acre se ha duplicado desde 1960 y en los países en desarrollo, el incremento en la producción de comida ha sido mayor al de la población.

Es tiempo de que los EE.UU. muestren respeto por las culturas y religión de los países en desarrollo y desistan de maniobras coercitivas, implementando políticas anti-vida y anti-familia.

En el presente, millones de personas necesitadas en el mundo creen que las políticas americanas están motivadas por una postura egoísta de proteccionismo y consumismo, sin que se tome en cuenta el bienestar físico, moral o espiritual. La política nacional de EE. UU. ha sido consistente con estos principios, y el gobierno no debe promover programas que violen los fundamentos en los derechos humanos, que promuevan sentimientos antiamericanos y que violen la identidad histórica de EE.UU. como campeón de los derechos y la libertad.

Nosotros, como católicos, urgimos a las Naciones Unidas y al gobierno de EE.UU. a retractarse de toda la política anti-vida y anti-familia de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Otros pueden pensar que es posible reconstruir este documento en una perspectiva cultural, moral y que respete la tradición religiosa de las personas de todo el mundo. Nosotros creemos, sin embargo, que sólo rehaciendo el texto con la participación de figuras religiosas y políticas internacionales podemos esperar que se conserve completamente la dignidad de los seres humanos y se promueva el auténtico desarrollo.

Individuación genética y gemelación: la objeción de los gemelos monocigóticos*

Philippe Caspar**

Resumen

El autor parte de la comprobación de que muchos de los debates actuales sobre la individuación del embrión humano giran en torno a la llamada “objeción de los gemelos monocigóticos”. Dando por supuesto que la citada objeción se refiere a un concepto de individuo vinculado a la indivisibilidad, en el que el embrión no sería individuo desde la concepción debido a que en las fases más precoces del desarrollo es susceptible de división en dos gemelos idénticos, el autor traza un perfil histórico-filosófico del análisis de los gemelos y su formación. Después de examinar también las aportaciones de la biología moderna —y sobre todo los estudios de Hans Driesch, quien observó la gemelación en el erizo de mar en el ámbito de una filosofía biológica—, se pasa revista al enorme impulso dado a la cuestión de la genética molecular.

El autor hace, además, un análisis crítico de la “objeción” y observa que esta se basa en una indebida aplicación de la metafísica leibniziana por la que individuo significaría “indivisible”. En realidad el concepto de individuo se refiere a una indivisibilidad en sí, que lo distingue de cualquier otro.

El artículo concluye con una referencia a la animación de los gemelos: la división de una mórula en dos no significa la división

* Texto original en francés publicado con el título: *Individuation génétique et jumeauté: l'objection des jumeaux monozygotes*, *Ethique. La vie en question* 1992, 4: 81-90.

** Médico y filósofo, profesor agregado de Filosofía para la Enseñanza Universitaria (Bélgica).

del alma, por lo que la animación del gemelo no procede del primer embrión, sino que cada uno de los dos es permeado por un sólo espíritu.

La mayoría de los debates de estos últimos años en torno a la individuación del embrión humano se refiere a la convencionalmente llamada “objeción de los gemelos monocigóticos”. Según esta objeción, el embrión humano no sería un individuo desde la concepción porque puede dividirse en dos gemelos durante los primeros días de su desarrollo embrional. La objeción recurre, así, a un concepto muy particular de individuo: sería individuo todo lo que es indivisible.

La singularidad de los fenómenos de gemelación queda fuera de duda y, como lo atestigua la narración mítica de Castor y Pólux, los gemelos suscitaban la curiosidad de los antiguos. Incluso en épocas más cercanas a nosotros, Charles Bonnet¹ y Henri Bergson² supieron interpretar perfectamente un fenómeno cuyos mecanismos biológicos fundamentales habían sido definidos por el embriólogo alemán Hans Driesch.³

La objeción de los gemelos monocigóticos plantea el tema del inicio del individuo humano en el tiempo. Ahora bien, la comprensión biológica de este fenómeno ha progresado mucho de trescientos años para acá. El descubrimiento de los espermatozoides y de los óvulos bajo el microscopio óptico permitió, ante todo, precisar la naturaleza celular de las fecundaciones biológicas. Los estudios citológicos modernos han revelado, además, ciertos mecanismos fundamentales activados en la fusión del espermatozoide y del óvulo.

La objeción de los gemelos monocigóticos⁴ y la hipotética de las quimeras por fusión⁵ se basan en el postulado de orden metafísico, según el cual la individuación de un ser coincide con la imposibilidad biológica de dividirse o de fusionarse con otro. Curiosamente, ambas objeciones se basan en una aplicación de la aritmética a los fenómenos biológicos. Si la existencia de las quimeras por fusión nunca se ha demostrado rigurosamente en la especie humana, la de los gemelos monocigóticos se conoce desde la antigüedad. La gemelación ocurre siempre durante los primeros estadios de la vida embrionaria (mórula y blástula). En

realidad, no se ve muy bien cómo se puede rechazar el estatuto de individuo en estos embriones precoces, desde el momento en que poseen una individuación molecular rigurosa y algunas propiedades características de un organismo. En el plano teórico, el criterio metafísico de no-divisibilidad/no-fusión, que impera de hecho en la ontología de Leibniz, conduce a esta negación de la individualidad. En el terreno práctico, el reciente desarrollo de un argumento semejante está vinculado con la preocupación sofista de justificar ante la opinión pública ciertas prácticas de la medicina moderna (*Nota del Editor: que involucran al embrión humano*).

El problema de los gemelos, como decíamos, no es nuevo. En realidad, la observación de los fenómenos de gemelación se remonta a la antigua Grecia. Una concepción coherente de estas curiosidades de la fecundidad humana se encuentra en Empédocles, en diversos tratados del “Corpus” hipocrático y en Aristóteles. En este último se detiene toda investigación sistemática sobre los gemelos. Habrá que esperar a los trabajos científicos y filosóficos de Hans Driesch (1867-1941) para asistir a una evolución conceptual de la comprensión de esta cuestión.⁶

Los gemelos en el “Corpus” filosófico de la antigüedad

Empédocles de Agrigento

Empédocles fue el primer autor que intentó comprender el fenómeno de los gemelos en el ámbito de la embriología. Recordemos que, según él, esa disciplina presentaba estrechos vínculos con la cosmología. Así, el útero estaría dividido, como el mundo, en dos mitades, una parte derecha caliente y otra izquierda fría. Además, los machos se formarían en un ambiente caliente y las hembras en un ambiente frío. Estas premisas proporcionan la clave de la ontogénesis imaginada por el filósofo de Agrigento, y funciona sobre dos registros.

En el plano embriológico, el embrión es de sexo masculino si es concebido en la parte caliente del útero y de sexo femenino si es concebido en la parte fría del útero. Empédocles afirmaba, además, que la temperatura del útero estaba en función de las menstruaciones. No obstante, esta no es la única interpretación del origen de la diferenciación

sexual. En ciertos escritos suyos, el poeta explica la diferenciación sexual relacionándola con la parte del útero en que se ha depositado el esperma. Los machos se forman a la derecha, las hembras a la izquierda, tal es el testimonio de Censorino⁷ en *El día del nacimiento*. Esta concepción se vuelve a encontrar en Parménides, y no es imposible que Empédocles intentara establecer un vínculo lógico entre estas dos teorías heredadas de la tradición.

Empédocles trató de explicar también la discapacidad con gran agudeza intelectual. Según él, toda alteración cuantitativa o cualitativa del esperma es fuente de anormalidad. Pensaba, así, que los deformes nacían “por un exceso de esperma o por su insuficiencia, o bien, por el modo como se iniciaba su movimiento, por su división en varias partes o por sus desviaciones de recorrido”.⁸ Esta teratología encuentra una aplicación casi inmediata en el problema de los gemelos verdaderos, ya que estos nacerían por un “exceso o por una subdivisión del esperma”.⁹ En la antigüedad ya se conocía la distinción entre gemelos monocigóticos y biovulares, de manera que la explicación fisiológica de los primeros debía diferir necesariamente de la de los segundos. La biología de Empédocles no desconoce esta regla general y su genética le permite dar cuenta con facilidad de las parejas de gemelos compuestas por un macho y una hembra.

El “Corpus” hipocrático

Según el autor del libro I de *Régimen*, la aparición de los gemelos depende de dos condiciones de posibilidad. La primera, anatómica, está en función de la disposición del cuello del útero en torno a la extremidad de la vagina. La segunda, fisiológica, está en función de la cantidad y de la fuerza del esperma mismo, esto es, si existe suficiente líquido seminal la formación de los gemelos está asegurada. El sexo de los gemelos lo determina la cantidad de semen (*N. del E.: materno y paterno*) puesto en presencia mutua. Si la secreción de los miembros de la pareja es de tipo masculino los gemelos serán machos. En cambio, si los dos miembros de la pareja emiten una secreción de tipo femenino los gemelos serán hembras. Cuando las secreciones son discordantes, de tipo masculino y femenino, nacerán una hembra y un macho. Son cuatro las razones que explican la semejanza de los gemelos: “Ante todo, el lugar donde se

desarrollan es idéntico; luego, han sido secretados en el mismo momento; además, se desarrollan merced a los mismos alimentos y, finalmente, nacen al mismo tiempo”.¹⁰ En una palabra, las diferencias entre los gemelos se explican por las diferencias del ambiente. Otras anomalías de la fecundación, como la superfetación —esto es, una sucesión de dos fecundaciones distanciadas en el tiempo con sólo algunos días de diferencia— son perfectamente conocidas y descritas.

En *La naturaleza del infante* se dice que “los gemelos nacen de un solo coito”.¹¹ Esta observación se hace acerca de animales domésticos en los que la gemelación se explica por la presencia de varias bolsas en el útero. “Cuando a su llegada el esperma se reparte en las dos bolsas, mediante las cuales el útero retiene el esperma e impide que alguna de ellas se vacíe en la otra, el esperma separado en cada una de las dos bolsas se rodea de una membrana y se anima de la misma manera como se ha dicho para uno solo”.¹² La perra, la puerca y otras varias hembras animales tienen numerosas camadas con una sola concepción. Los gemelos pueden ser del mismo sexo o de sexo diverso. De hecho, los médicos de Gnido comparten la idea, presente en todo el “Corpus” hipocrático, según la cual todo ser vivo posee semen masculino y semen femenino, el primero más fuerte y el segundo más débil. “En la bolsa en que ha entrado el semen más fuerte y más denso se forma un macho; en la que ha entrado el semen más débil y más húmedo se forma una hembra. Si en ambas se encuentra semen fuerte se forman dos machos; en cambio, si hay semen débil se forman dos hembras”.¹³ Volvemos a hallar aquí una teoría de la gemelación muy parecida a la expuesta en *Régimen I*.

En *Superfetación* se encuentra una exposición muy concisa de este fenómeno, así como indicaciones sobre la interpretación biológica del mismo.¹⁴ El autor parece haber entendido perfectamente lo esencial del primer fenómeno. Aun así, considera, erróneamente, que los dos productos de la superfetación no son viables. Por lo demás, este error de apreciación parece haber influido en la interpretación del embarazo múltiple por parte de Aristóteles.¹⁵ El médico hipocrático tal vez logró observar productos de la maceración uterina, sin embargo, el significado de este fenómeno se le escapa. La descripción de la superfetación alude con mucha frecuencia al fenómeno de la gemelación. Así, este autor expone una teoría del origen de los gemelos que no puede dejar de recordar las especulaciones de Empédocles.

Aristóteles

Aristóteles es el auténtico fundador de las ciencias biológicas, y en virtud de ello, también es el primer teórico de la sexualidad, cuyas tres propiedades fundamentales reconoce: la universalidad, la parte preponderante de los factores individuales y una desigualdad en las respectivas expresiones de macho y hembra.

No sorprenderá, pues, que haga una serie de complejas anotaciones sobre los gemelos (en la lengua técnica de Aristóteles, gemelo se dice *dídimo*), que se encuentran agrupadas principalmente en el libro séptimo de *La historia de los animales*.

Aristóteles comienza por recordar que la existencia de los gemelos está perfectamente atestiguada por la tradición “cinco niños es una cifra que jamás ha sido superada y este número de gemelos ha sido comprobado en numerosos casos”.¹⁶ La primera teoría adelantada por el autor consiste en sospechar factores climáticos en la fisiopatología del fenómeno, y escribe: “pero también frecuentemente, y en muchas regiones, ellas paren gemelos, como es el caso de Egipto, por ejemplo”.¹⁷ En la mayoría de los otros países, en compensación, la gemelación es excepcional.

Esta explicación, cuya primera intuición parece remontarse a los médicos hipocráticos, permite a Aristóteles romper con la teoría imaginada por Empédocles. Los primeros párrafos del libro IV del tratado *De la reproducción de los animales* están dedicados a la refutación de las tesis biológicas de Anaxágoras y de Empédocles. El Estagirita hace observar que las disecciones revelan que los gemelos se encuentran generalmente en la misma parte del útero. En consecuencia deberían ser sólo machos o sólo hembras, sin embargo, se observa lo contrario. Por tanto, la diferencia sexual no está generada por lo caliente o por lo frío.

El Estagirita conoce también la diferencia entre los gemelos monocigóticos y los gemelos dicigóticos. “Ya ha ocurrido que los gemelos no sean idénticos entre sí, pero la mayor parte se parecen”.¹⁸ En el caso de los gemelos dicigóticos, la eventual diferencia de los sexos puede tener una influencia sobre la gestación. Ambos gemelos, en efecto, se desarrollan según tiempos diversos. Esta falta de sincronía en el crecimiento explica el porqué, en el hombre, los gemelos de sexo

diverso tienen una reducida probabilidad de sobrevivir. Este es un axioma de la ginecología aristotélica —cuyo origen hipocrático es posible—, que volveremos a encontrar en el análisis de la superfetación.

El aspecto más notable de la teoría aristotélica de los gemelos es el lugar que ocupa el conocimiento preciso del fenómeno de la superfetación. Ya conocida por los médicos hipocráticos, esta es claramente interpretada por Aristóteles como el caso límite de la formación de los gemelos biovulares. “Una mujer adúltera dio a luz un hijo que se parecía a su marido y otro que se parecía a su amante”.¹⁹ Si la diferencia de dimensiones entre los dos fetos es muy relevante —esto es, si han sido concebidos con una gran diferencia de tiempo entre sí— la supervivencia de los embriones se ve muy comprometida.

Entre las hembras, sólo la mujer y la burra tienen relaciones sexuales cuando están embarazadas, pero las burras no pueden ser fecundadas sino sólo una vez. La superfetación se observaría, por consiguiente, sólo en la especie humana. Sin embargo, a menudo se encuentran gemelos entre los pájaros, cuyos “huevos dobles contienen dos yemas”.²⁰ Esta observación ofrece también la clave para una comprensión significativa de la génesis de las malformaciones dobles. Una vez que un huevo doble es fecundado, y que los dos embriones están separados por una membrana, nacen dos polluelos bien formados. También puede suceder que la separación no sea total, o lo sea sólo en parte, en cuyo caso, los polluelos que nacen son deformes... pueden poseer una sola cabeza o un solo cuello, pero con cuatro patas y cuatro alas, por ejemplo.

Plotino

Una interesante referencia a los gemelos monocigóticos se encuentra en el tratado séptimo de la *Enéada* quinta de Plotino.²¹ Este breve texto está consagrado a la cuestión de la inteligibilidad intelectual del individuo. Plotino conocía la tradición aristotélica, la cual negaba toda inteligibilidad conceptual a la realidad aislada. Según él, en efecto, el principio de individuación es de orden formal, es inteligible por derecho. Esta nueva perspectiva suscita la cuestión de la inteligibilidad de los gemelos verdaderos: ¿Pero, cómo se podría decir que las razones de dos gemelos son diferentes?”²²

La respuesta se produce en dos tiempos. Plotino comienza por recordar que el principio de individuación es formal, esto es, “existen

diversos motivos por los que hay individuos diversos”.²³ No es porque los cuerpos orgánicos sean idénticos por lo que los gemelos no son individuos distintos. Plotino intuye, luego, que los gemelos deben ser individualizados “...aun cuando haya seres absolutamente idénticos”. Este inciso constituye la primera formulación del principio leibniziano de la identidad de los indiscernibles en la historia de la metafísica occidental.

La individuación del cigoto desde la concepción: la aportación de la biología moderna

Dos puntos merecen ser considerados. El primero es que Hans Driesch, a finales del siglo XIX, pone en evidencia las propiedades de totipotencialidad. El segundo es la aplicación de las leyes de la genética mendeliana al embrión.

La obra científica y filosófica de Driesch

En 1891, Driesch separa los dos blastómeros de un huevo de erizo de mar sacudiendo enérgicamente a un embrión muy precoz y observa la formación de dos plúteos²⁴ completos (aunque de dimensiones más pequeñas que lo normal). El embriólogo alemán observa el mismo resultado después de la separación de un huevo según un plano meridiano, en el estadio de 16 o incluso de 32 blastómeros.

La experiencia inversa conduce a un resultado equivalente. Si dos embriones precoces se fusionan se observa el nacimiento de un plúteo perfectamente normal, aunque de dimensiones ligeramente mayores.

La interpretación de estas observaciones lleva a la formulación del concepto de regulación del desarrollo embrionario y de totipotencialidad de los blastómeros primitivos. El significado de estos dos conceptos es obvio: cada medio embrión es capaz de organizar su desarrollo embrionario para dar lugar a dos plúteos normales (y sucesivamente al nacimiento). Aquí se da una regulación y los blastómeros originarios pueden desarrollar formaciones superiores a las que estas deben realizar normalmente (en el caso de que su desarrollo sea estereotipado). Se dice que las potencialidades totales del embrión precoz son superiores a sus potencialidades reales. Se da, pues, totipotencialidad.

La aparición de los gemelos humanos monocigóticos se explica por la existencia de estas propiedades del embrión precoz. Una mórula puede, como consecuencia de algunos eventos —y poco importa aquí que estos sean externos o internos—, perder una parte de su masa celular, sin que por esto se impida su desarrollo embrional. Las mismas propiedades de totipotencialidad explican también que los blastómeros separados sean capaces de comportarse como un organismo independiente para dar origen a un individuo perfectamente constituido. Estos fenómenos pueden tener lugar aproximadamente hasta el vigésimo día del desarrollo embrionario.

Uno de los aspectos más interesantes que presenta la obra de Hans Driesch es la voluntad de situar sus resultados experimentales en el marco de una filosofía biológica que recobra las intuiciones fundamentales del pensamiento aristotélico. Los puntos esenciales de esta filosofía fueron expresados por el autor en una serie de veinte lecciones impartidas entre 1907 y 1908 en la Universidad de Aberdeen.²⁵

Driesch, en efecto, tuvo el mérito de interpretar sus experiencias biológicas con la ayuda del concepto filosófico de la *entelequia*, tomado directamente de Aristóteles. Con este término, Driesch designa la finalidad interna del ser vivo “el cual contiene en sí mismo su fin”.²⁶ Este concepto permite, por una parte, considerar una individualidad del cigoto desde su concepción y, por la otra, conceptualizar el desarrollo embrional como un proceso epigenético.²⁷ El concepto de individuo biológico acuñado por Driesch se centra, así, en una interpretación vitalista de la noción de organismo.

La individuación molecular del cigoto

La genética moderna explica la manera como la fecundación lleva a la constitución de un genoma diploide individualizado. El espermatozoide y el óvulo poseen, tanto uno como el otro, un mensaje genético individualizado en relación con los progenitores de los cuales son originarios. Esta individualización se establece durante la meiosis y, por lo demás, es fácilmente cuantificable. Se calcula, en efecto, en seis mil setecientas las proteínas (y por tanto, de genes) diferentes de uno a otro individuo en la especie humana. Durante la meiosis, cada célula primigenia (espermatogonios u ovogonios) puede generar $2^{6,700}$ gametos diversos.

Una pareja progenitora puede, así, generar $2 \times 2^{6,700}$ cigotos diversos a partir de dos células primigenias. En otras palabras, la probabilidad de que una pareja produzca dos hijos rigurosamente idénticos (aparte la hipótesis de los gemelos monocigóticos) es de $1/2 \times 2^{6,700}$. Esta probabilidad es absolutamente menospreciable, por lo que se calcula que la individualidad genética del cigoto es prácticamente absoluta.²⁸

La individualidad genética del cigoto desde su concepción es una realidad biológica, y observaciones recientes, referidas a huevos que pertenecen a especies muy diversas, han permitido comprender que el óvulo se comporta como un organismo en sí mismo desde el momento en que entra en contacto con el espermatozoide.

La fusión propiamente dicha entre el espermatozoide y el óvulo se efectúa en tres etapas: 1) la fusión de las membranas entre el espermatozoide y el óvulo;²⁹ 2) ciertas reacciones citoplasmáticas ovocitarias; 3) ciertas reacciones nucleares tanto a nivel del espermatozoide como del óvulo. En la especie humana, la fusión de la membrana acrosómica del espermatozoide con la del óvulo desencadena una serie de reacciones que vuelven al óvulo refractario a cualquier otra fecundación, impidiendo así cualquier otra polispermia. Se distinguen dos tipos principales de reacción. En primer lugar, la polarización de la membrana del óvulo se invierte, pasando de -60 mV a +/-10 mV como consecuencia de un escape de iones H⁺, de una penetración de iones Na⁺ y de una liberación de iones Ca²⁺ a partir de las mitocondrias. La brusca modificación del porcentaje intracelular de Ca²⁺ parece jugar un papel desencadenante en la impermeabilización definitiva de la membrana ovocitaria, que protege al óvulo fecundado del contacto con cualquier otro espermatozoide. En segundo lugar, las granulaciones citoplasmáticas localizadas bajo la membrana plasmática liberan su contenido unos quince minutos después de la fusión del espermatozoide con el óvulo. Las proteínas enzimáticas puestas en circulación modificarán profundamente la membrana ovocitaria, impidiendo la penetración de cualquier otro gameto masculino.

Estos datos biológicos pueden ser ordenados relacionándolos entre sí en función de criterios metafísicos, y se puede construir una organización de este tipo en el marco de la definición medieval de individuo que, desde 1985, nos viene llamando la atención: "*Individuum indivisum in se, sed divisum a quolibet alio*".³⁰ En esta expresión, los dos términos de

la definición remiten a dos propiedades trascendentales del *esse* (ser): lo *unum* (uno) y lo *aliquid* (alguno). Esta conexión está presente en las *Quaestiones disputatae de Veritate*. Santo Tomás define en ese tratado al *aliquid* (alguno) como lo que está *divisum a quilibet alio* (dividido de algún otro) y al *unum* (uno) como lo que está *non divisum in se* (no dividido en sí). La unidad metafísica es esta propiedad trascendental que designa la clausura del *ens* (ente) en sí mismo. La distinción con cualquier otra sustancia del mundo significa, por el contrario, la absoluta singularidad de todo *ens*. Tales precisiones aclaran el alcance de esta definición medieval en la que el individuo es una sustancia encerrada en sí misma y distinta de cualquier otra. Algunos datos biológicos modernos expresan esta unidad del cigoto, como son su naturaleza celular, la organicidad que manifiestan las reacciones precoces del óvulo fecundado y las propiedades de totipotencialidad. Otros datos que revelan su singularidad son las características rigurosamente individuales de su mensaje genético.

Análisis crítico de la objeción de los gemelos monocigóticos

La objeción de los gemelos monocigóticos reproduce en realidad —aunque inconscientemente— la concepción metafísica del individuo que Leibniz tomó de Descartes. Recordemos que este último consideraba la existencia del alma sólo en el caso del hombre. Esta posición presentaba la desventaja de identificar los conceptos de individuo y de alma. La posición de Leibniz es original. En el *Discurso de Metafísica*, Leibniz considera que todos los seres vivos (las plantas, los insectos, los animales) están animados. De esta manera se remite a la inspiración aristotélica, pero toma de Descartes (y, más lejanamente de Plotino) la intuición metafísica según la cual el concepto de individuo no se puede aplicar sino a realidades simples (los espíritus, en su sistema).

En Leibniz, el concepto de individuo connota las determinaciones de simplicidad, de ausencia de partes y, consiguientemente, de no divisibilidad: “Ahora bien, ahí donde no hay partes no hay espacialidad, ni figura ni divisibilidad posibles. Estas mónadas son los verdaderos átomos de la naturaleza y, en una palabra, los elementos de las cosas”.³¹ Absolutamente simple, el individuo es la mónada y, en definitiva, el espíritu. Esta tendencia innata del leibnizismo plantea el difícil problema

de un estatuto de la corporeidad en este sistema. ¿Sería esta última algo distinto de un agregado? La unidad del hombre, constituida por un espíritu y un cuerpo animado, es impensable para este autor.

La objeción de los gemelos monocigóticos resulta, en efecto, de una aplicación de las leyes generales de la metafísica leibniziana -concebidas para dominar el mundo de las almas y de los espíritus- a los cuerpos de los embriones. El criterio de indivisibilidad, que caracteriza de hecho a la concepción leibniziana del individuo, es aplicado indebidamente al devenir de una forma elemental de corporeidad, esto es, el organismo del embrión.

Esta utilización de la metafísica leibniziana por parte de ciertos estudiosos de la bioética es por demás curiosa, puesto que una de las consecuencias que Leibniz saca de sus criterios metafísicos de individuación es el *principio de la identidad de los indiscernibles*. Según este principio, no pueden existir en la naturaleza dos individuos idénticos, que se distingan por características espacio-temporales y no según determinaciones internas. Ahora bien, si se quisiera caracterizar a los gemelos —o, más en general, a los clones celulares— desde el punto de vista de la metafísica leibniziana, habría que considerarlos como indiscernibles. Su existencia es una invalidación, por parte de la naturaleza, de la pertinencia de los esquemas metafísicos de Leibniz.

La utilización de estos mismos esquemas por parte de algunos bioeticistas para concebir la individuación del embrión debe suscitar gran perplejidad en cualquier persona que conozca, aunque sea someramente, el patrimonio especulativo de Occidente.

Es cierto que la bioética, en su voluntad de insistir en las novedades de los problemas, no se preocupa para nada de sus raíces históricas, pero llega un momento en que la ignorancia de una tradición especulativa conduce irremediablemente al absurdo.³²

Individuación y animación

Si tuviéramos que razonar en términos estrictamente aristotélicos habría que decir que la división de una mórula en dos partes no significa la división del alma; es el cuerpo animado el que se divide, no el espíritu.

El recuerdo de la psicología tripartita utilizado por Aristóteles permite aclarar la objeción de los gemelos monocigóticos. Según el

Estagirita, seguido en este punto con matices diversos casi por la totalidad de los autores que abordan la filosofía biológica, el hombre está compuesto por cuerpo, alma y espíritu. El cuerpo animado proviene del dinamismo anónimo de la naturaleza. El origen del espíritu sigue siendo, para Aristóteles, uno de los misterios más profundos de la filosofía. Según los Padres de la Iglesia y los pensadores de la Edad Media y del Renacimiento, el espíritu proviene de Dios a través de la creación.³³

En esta perspectiva, por consiguiente, el concepto de individuo animado no agota la realidad ontológica del cigoto: este es “animado” inmediatamente. En términos más modernos, el cigoto humano es permeado por el espíritu desde su concepción biológica. Si este embrión da lugar, precozmente, a un gemelo monocigótico, los cuerpos animados de los dos individuos presentes en el útero han podido dividirse y son indiscernibles, pero la divisibilidad de los cuerpos orgánicos no implica la del espíritu. El cuerpo del cigoto es inmediatamente un individuo orgánico dispuesto a la recepción del espíritu, y si el espíritu proviene de otra parte, la animación del gemelo, eventualmente producida durante el desarrollo embrional, no procede del primer embrión; también ella procede de otra parte.

Nada se opone, pues, a que Dios cree un nuevo espíritu para el gemelo. Por consiguiente, si los cuerpos animados son indiscernibles, las dos personas son, en primera instancia, perfectamente discernibles una en relación con la otra, porque está invadidas por un espíritu único.

Referencias Bibliográficas

¹ BONNET, C., *Considérations sur les corps organisés*, París: Fayard, “Corpus” des Oeuvres de philosophie en langue française, p. 272.

² BERGSON, H., *L'évolution créatrice*. En: Oeuvres, París: PUF 1984: 505-506.

³ DRIESCH, H., *Philosophie der Organismus*, Leipzig: Engelmann 1990 (trad. francesa de M. Kolmann y Prefacio de J. Maritain, *La philosophie de l'organisme*, París: Marcel Rivière, 1921).

⁴ Los gemelos monocigóticos resultan de la división de un solo huevo fecundado en un momento variable durante los primeros veinte días de desarrollo embrionario. Los gemelos dicigóticos resultan, en cambio, de la fecundación de dos óvulos por parte de dos espermatozoides, seguida cada vez de una ontogénesis autónoma. Cfr. DE GROUCHY, J., *Jumeaux, chimères, mosaïques et autres aléas de la fécondation*, París: Medsi 1978: 51-90.

⁵ Las quimeras se forman por una doble fecundación de un mismo óvulo, siendo fecundados los dos globos polares por dos espermatozoides distintos (*Ibid.*, pp. 93-101). Los diversos mecanismos

de quimerismo en el hombre han sido descritos por FORD, C.E., *Mosaics and chimeras*, British Medical Bulletin 1969, 25: 104-109.

⁶ Para mayores detalles relativos a nuestra reflexión personal sobre el tema podemos referirnos a los siguientes textos: *La saisie du zygote humain par l'esprit*, París-Namur: Lethielleux, Le Sycomore, 27-42, 216-229, 336-340, 422-452; *L'individuation des êtres: Aristote, Leibniz, et l'immunologie contemporaine*, París-Namur: Lethielleux, pp. 152-153; *Penser l'embryon d'Hippocrate à nos jours*, París: Editions Universitaires, 1991, pp. 11-12, 102; *L'objection des jumeaux monozygotes*, Cohérence 1991, (juillet-août), 82: 25-55.

⁷ Gramático y erudito romano del siglo III d.C., autor del *De die natali*, llegado hasta nosotros incompleto, y que trata del origen y de la vida del hombre, inspirándose en Varrón (N. del E.).

⁸ EMPEDOCLES, *Fragment 658*, en BOLLAK, J., *Empédocle*, París: Minuit 1965 (4 tomos), t. 2, cuya numeración seguimos.

⁹ ID., *Fragment 657*.

¹⁰ HIPOCRATES, *Régime I*, xxx, 2 (tr. fr. R. Joly), París: Belles Lettres, 1967.

¹¹ ID., *De la nature de l'enfant*, xxxi, 1, Littré, t. 7: 486-543. Utilizamos el texto establecido por R. Joly en HIPOCRATE, *Oeuvres*, t. xi, París: Belles Lettres 1970: 53-83.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*, xxxi, 3.

¹⁴ ID., *De la superfétation*, 1, Littré, op. cit., t. 8, p. 477 ss.

¹⁵ ARISTOTELES, *L'histoire des animaux*, 584 b 34 - 585 a 23 (tr. fr. J. Tricot) París: Vrin, 1957, 2 t.

¹⁶ *Ibid.*, 584 b 32-33.

¹⁷ *Ibid.*, 584 b 31-32.

¹⁸ *Ibid.*, 586 a 8-10.

¹⁹ *Ibid.*, 585 a 12-17.

²⁰ *Ibid.*, 562 a 23-27.

²¹ PLOTINO, *Ennéade V*, 7 (tr. fr. E. Bréhier) París: Belles Lettres, 1931.

²² *Ibid.*, V, 7, 3, 5-6.

²³ *Ibid.*, V, 7, 3, 7.

²⁴ Plúteo (*pluteus*) es el término científico para designar a la larva de los equinodermos en general y en particular del erizo de mar (N. del E.).

²⁵ DRIESCH, *Philosophie der Organismus...*

²⁶ Tomaremos nuestra terminología de Aristóteles y designaremos por ello a este factor de autonomía de los fenómenos de la vida con el nombre de *Entelequia*. *Ibid.*, pp. 1128-129.

²⁷ Según la teoría de la epigénesis, el organismo es el resultado de la formación sucesiva de sus partes durante el desarrollo embrional. Tal teoría se opone a la de la preformación, según la cual las diversas partes de un organismo están presentes en germen en el huevo y por tanto la formación del organismo definitivo ocurre simplemente con el desarrollo de dicha estructura germinal. El evolucionismo y los avances de las investigaciones biológicas experimentales han modificado los términos de la contraposición entre ambas teorías, poniendo en evidencia el carácter puramente filosófico (N. del E.).

²⁸ Teniendo en cuenta las diversas variables que entran en juego, el Prof. A. Serra ha profundizado a este propósito el tema de las probabilidades que nacen de una pareja (excluido el caso de gemelación monocigótica) de dos individuos con una idéntica información genética. Así, observa: "Dado: 1) que los genes se transmiten "en paquete", esto es en los cromosomas, los cuales son 23 pares homólogos de dos en dos; 2) que, por el mecanismo meiótico -excepto en casos de desviaciones- uno solo de los homólogos pasa a un gameto; y 3) que cada uno de

estos puede pasar con uno u otro homólogo de los otros 22 pares, se sigue que el número de gametos diversos posibles es de 2^{23} , es decir, 8'388,610. Esto vale para ambos miembros de un par. Supóngase, entonces, que un primer cigoto resulta del encuentro casual de un espermatozoide, al que llamamos A con un determinado patrimonio genético. La probabilidad de A es obviamente de $1/2^{23}$; y la probabilidad de B es también de $1/2^{23}$. Por esto, la probabilidad compuesta de que de ese par se forme un nuevo cigoto en el encuentro casual de dos gametos, el espermatozoide de tipo A y el óvulo de tipo B, es $1/2^{23} \times 1/2^{23}$, es decir, $1/2^{46}$ que es igual a $1/(70,369 \times 10^9)$. Y esta es la máxima probabilidad de dos hijos genéticamente idénticos. Si, en efecto, se tienen en cuenta las inevitables recombinaciones que intervienen entre cromosomas homólogos en la sinapsis, esta probabilidad se volvería enormemente menor. Esto indica la alta potencialidad de variabilidad individual que deriva del proceso meiótico" (N. del E.).

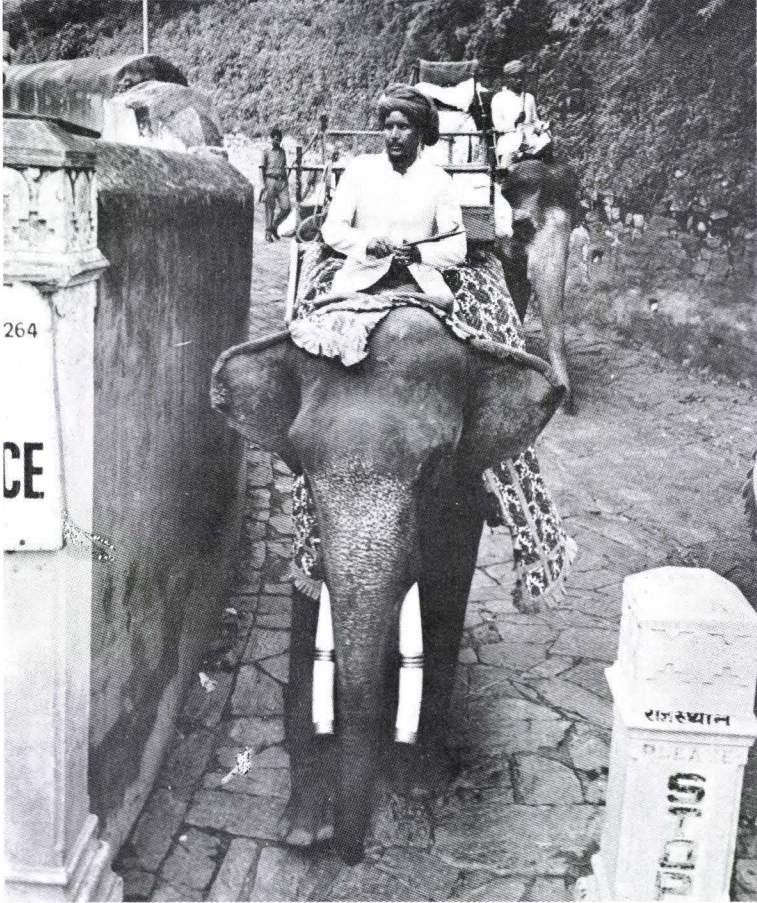
²⁹ Estado de maduración del óvulo que se completa sólo después de la fecundación (N. del E.).

³⁰ Sobre esta definición, véase FOREST, A., *La structure métaphysique du concret chez saint Thomas d'Aquin*, París: Vrin 1931: 206 ss.

³¹ LEIBNIZ, G.W., *Monadologie*, párrafo 3. En lo sucesivo se cita la reedición de E. Boutroux, París: Delagrave, 1978.

³² Incluso quien se ocupa de los embriones desde el punto de vista técnico, como los ginecólogos, a menudo está influido por este escaso conocimiento de la tradición especulativa. Se llega así a afirmar que "lo que caracteriza al ser humano es la individualidad: es una entidad única (unicidad) e irreproducible (unicidad)" (cfr. FLAMIGNI, C., *Nuove acquisizioni in embriologia: lo sviluppo della struttura embrionale*, en MORI, M. (a cargo de), *Quale statuto per l'embrione umano*, Milán, Biblioteche, 1992: 17) (N. del E.).

³³ Un ejemplo bastante notable de interpretación errónea de este fenómeno se encuentra en MALHERBE, F.-F. y BONE, E., *Engendrés par la science*, París: Cerf 1985. Aquí, los autores muestran un lamentable desconocimiento de la historia de la metafísica, de la historia de la embriología y de la biología moderna.



Amber, India

Aspectos jurídicos y éticos de la procreación o fertilización asistida

*Bernardo Pérez Fernández del Castillo**

Resumen

Los grandes cambios de la tecnología actual con respecto a los tratamientos de esterilidad e infertilidad han hecho necesario el establecimiento de medidas legales acordes a estos avances. La protección del individuo desde su concepción, así como el establecimiento de la filiación y paternidad son temas a la fecha prioritarios dentro del derecho civil. En el presente artículo se analizan las implicaciones legales de esta tecnología médica.

Entre los temas que integran la bioética se encuentra la procreación o fertilización asistida.

El término bioética etimológicamente viene de la palabra *bios* vida y *etos* moral. A su vez, la bioética estudia los aspectos éticos relacionados con la vida desde su inicio hasta su fin, y nace en los EE.UU. gracias a Iván Rosel Potter, quien a raíz del lanzamiento de las bombas nucleares en Hiroshima y Nagasaki en 1945, se cuestiona si la investigación tiene un freno jurídico y ético.

En otras palabras, surge la interrogante de que si el espíritu científico puede ser indiscriminado y utilizar cualquier medio de investigación sin límite alguno, tanto en seres humanos como en animales, o al contrario, si estas investigaciones deben llevarse a cabo dentro de un marco ético

* Profesor de la Facultad de Derecho, U.A.

o en último caso jurídico. La interrogante adquiere mayor sentido si se piensa en las amenazas de las bombas biológicas y el desarrollo de los experimentos como la concepción en probeta, la ingeniería genética, la manipulación de embriones, o la posibilidad de interrumpir o prolongar la vida cuando ya existe una muerte cerebral.

Por estas razones, la bioética tiene por objeto el estudio de los siguientes temas:

1. La profesión sanitaria, que involucra no sólo a los médicos sino a los trabajadores sociales, enfermeras, biólogos, químicos, abogados, etc., que tienen relación con la vida desde su inicio hasta su fin.
2. La investigación concerniente al hombre y los animales, no sólo en forma teórica sino su constatación práctica.
3. El social, que involucra la política sanitaria y el control demográfico.
4. El relativo al medio ambiente en el que se desarrolla el hombre y los sistemas de preservación.

Ahora bien, ¿por qué estudiar aspectos jurídicos de la bioética? Algún filósofo expresaba que “el derecho es el *mínimum* ético como forma de comportamiento”, esto es, cuando la ética o los deberes morales no funcionan, intervienen las normas jurídicas. Así por ejemplo, en materia obrero patronal, la Ley Federal del Trabajo regula lo mínimo que se puede pagar de salario; lo mínimo de vacaciones que debe disfrutar un trabajador; el mínimo de días que tiene derecho una trabajadora por el nacimiento de un hijo antes y después del parto, y el mínimo de indemnización que se le tiene que dar a un trabajador en caso de perder algún miembro del cuerpo. O sea, éticamente se deben dar determinadas garantías y descanso a un trabajador, y si el patrón no lo hace voluntariamente debe ajustarse a lo establecido en la Ley Federal del Trabajo.

Por lo anterior, el campo del derecho es muy importante toda vez que señala los límites de la actuación del hombre, sin los cuales podría afectar, con plena libertad, a otro individuo o a la sociedad.

Ahora bien, en este trabajo me voy a limitar al tema de la fertilización o procreación asistida, y voy a dejar a un lado otros, que desde el punto de vista jurídico y notarial también resultan interesantes, como lo referente al trasplante de órganos, tejidos y/o sangre; a la eutanasia, el aborto, la naturaleza jurídica del cadáver, etc.

La problemática jurídica de la fertilización asistida puede examinarse desde dos aspectos: 1. los límites que nuestra legislación establece para

la investigación genética; y, 2. los derechos y obligaciones que se adquieren en caso de fertilización asistida.

Por lo que se refiere al primer punto, tanto el Código Penal como el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, establecen las posibilidades y los requisitos para llevar a cabo la investigación genética, así como las penas en que se puede incurrir en caso de violación a las normas.

Al respecto, el artículo 56 del mencionado Reglamento expresa: “La investigación sobre fertilización asistida sólo será admisible cuando se aplique a la solución de problemas de esterilidad que no se puedan resolver de otra manera, respetándose el punto de vista moral, cultural y social de la pareja, aun si este difiere con el del investigador.

Por su parte, dentro del Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud se creó el Comité de Bioética, con objeto de resolver casos en que no exista ley y se necesite resolver algún conflicto ético. Por ejemplo, desconectar o no a una persona con una enfermedad terminal.

Por lo que toca al segundo punto, es preciso estudiar los efectos respecto de la fertilización asistida, tales como la filiación, los derechos sucesorios, etc.

Para lograr este estudio tendré que analizar lo que es la persona, lo que es el parentesco y, finalmente, los derechos y obligaciones que nacen de la procreación o fertilización asistida.

La persona en derecho civil

Los tratadistas, al hablar de la persona dentro del *Código Civil*, se refieren a los derechos de la personalidad, sin embargo, antes de hablar de ello es indispensable examinar quién es persona y cuales son sus derechos.

El *Código Civil* en el artículo 22 dice que “La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte, pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código”.

Este artículo se refiere a lo que en derecho se considera personalidad jurídica. Hans Kelsen considera a la personalidad como “centro ideal de imputación de derechos y obligaciones”.

¿Cuándo nace y cuándo termina la personalidad? Para los efectos jurídicos se considera que una persona nace, o sea es viable, cuando vive desprendida del seno materno más de 24 horas o se presenta viva al Registro Civil (Art. 337).

En el derecho romano se le llamaba *nasciturus* al individuo que en la actualidad se conoce como concebido y no nacido; médicamente se le denomina *embrión* hasta la décima tercera semana y *feto* de ese tiempo hasta que nace.

Por su parte el *Código Civil*, en el artículo 22 antes transcrito, le da la categoría de individuo al *nasciturus*, pues establece que: “desde el momento en que un individuo es concebido...”; asimismo le otorga una capacidad condicionada al decir: “y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código”.

¿Qué significado tiene esta explicación? Que un individuo es distinto a una cosa, a un animal o a un vegetal, toda vez que es un ser humano. Por ello puede ser reconocido por su padre (Art. 364) y al mismo tiempo es imposible que este lo desconozca cuando se encuentra casado y nació dentro de los 180 días siguientes a la celebración del matrimonio (Art. 328). Asimismo puede ser nombrado heredero o donatario (Arts. 1314 y 2357); se le considera hijo póstumo si nace dentro de los 300 días posteriores a la muerte del padre y por lo tanto hereda en la siguiente forma: cuando no hay testamento como cualquier hijo y en caso de haberlo, como si fuera un intestado, o sea, en la misma porción sin que importe cuál fue la disposición del testador.

En concreto, a este ser, llámasele *nasciturus*, feto, concebido y no nacido o embrión, se le considera un ser humano con capacidad limitada a que se cumpla cualquiera de las condiciones a que se refiere el artículo 337, esto es, que viva desprendido del seno materno más de 24 horas o que se presente vivo al Registro Civil.

A él también se refiere el artículo 1 de la *Constitución Política de los Estados Unidos* que dispone: “En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.”

Y el artículo 14, que en su parte conducente dice: “Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad.” O en el *Código Penal* al tipificar el delito de aborto al decir (Art. 329) “Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”.

Ahora bien, como lo expuse al comienzo de este trabajo, el individuo viable tiene personalidad jurídica. Los atributos de esta son el nombre, estado civil, nacionalidad, domicilio, capacidad y patrimonio.

La función del *nombre* es individualizar y distinguir a la persona en sociedad. El nombre de la persona física se integra por el nombre individual y por el patronímico o familiar, esto es, de los apellidos paterno y materno. Estos últimos son el resultado normal de la filiación, sin embargo, en el *Código Civil* no existe disposición que establezca que los apellidos deben registrarse primero el del padre y después el de la madre.

Por lo que toca a la filiación, esta será analizada cuando veamos la inseminación artificial, la madre subrogada, etc, para determinar quién es el padre o la madre en estos casos.

El *estado civil* es la situación de una persona en relación con su familia. La doctrina considera que el parentesco, matrimonio, divorcio y concubinato son la fuente del estado civil, pues determinan la situación de la persona frente a la familia. Por lo tanto, se pueden considerar como estados civiles: soltero, casado, concubino, divorciado, viudo, mayor de edad, emancipado, etc.

Algunos estados civiles como el de soltero, son difíciles de comprobar, ya que ningún documento los demuestra, de acuerdo con el *Código Civil*: (Art. 39) "El estado civil se comprueba con las constancias relativas al Registro Civil; ningún otro documento ni medio de prueba es admisible para comprobarlo, salvo los casos expresamente exceptuados por la ley".

Conforme a la definición tradicional de la *nacionalidad* esta es el vínculo jurídico-político que relaciona a la persona con el Estado, o el atributo jurídico que señala al individuo como miembro del pueblo de un Estado determinado, y será extranjero quien no pertenezca a él.

La *Constitución* determina quiénes tienen la nacionalidad mexicana (Art. 30): "La nacionalidad mexicana se adquiere por nacimiento o por naturalización.

a) Son mexicanos por nacimiento:

I. Los que nazcan en territorio de la República, sea cual fuere la nacionalidad de sus padres.

II. Los que nazcan en el extranjero de padres mexicanos, de padre mexicano o de madre mexicana, y

III. Los que nazcan a bordo de embarcaciones o aeronaves mexicanas, sean de guerra o mercantes.

b) Son mexicanos por naturalización:

I. Los extranjeros que obtengan de la Secretaría de Relaciones Exteriores una carta de naturalización, y

II. La mujer o varón extranjeros que contraigan matrimonio con varón o con mujer mexicana y tengan o establezcan su domicilio dentro del territorio nacional.”

Por otro lado, son extranjeros quienes no tengan las calidades señaladas en el artículo 30.

Los elementos que conforme a la ley debe contener el *domicilio* son población, nombre de la calle, número de la casa y cualquier otro dato que precise dicho domicilio hasta donde sea posible. El domicilio de una persona tiene múltiples utilidades prácticas. Sirve para determinar la competencia judicial, la fiscal, la administrativa; señala si se aplica tal o cual ley. Conforme al *Código Civil*, el domicilio de las personas físicas puede ser legal o convencional. El primero se encuentra señalado en los artículos 30, 31 y 32. El convencional es aquel designado para el cumplimiento de determinadas obligaciones (Art. 34). Por lo que se refiere al domicilio de las personas morales, es el lugar donde se halla establecida su administración (Art. 33).

La *capacidad* es la regla general, la incapacidad es la excepción. La incapacidad puede provenir de una causa natural o de la ley. El artículo 450 del *Código Civil* señala quiénes tienen incapacidad natural y legal:

I. Los menores de edad.

II. Los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefacientes, siempre que debido a la limitación o la alteración en la inteligencia que esto les provoque, no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos o manifestar su propia voluntad por algún medio.

Los menores de edad tienen una incapacidad natural para contratar, sin embargo, pueden celebrar ciertos actos, a saber: esponsales, el hombre desde los dieciséis años y la mujer a los catorce (Art. 140); la misma edad se requiere para contraer matrimonio (Art. 148). Si han

cumplido dieciséis años pueden designar tutor dativo (Art. 496); nombrar curador (Art. 624), frac. I); intervenir en la formación del inventario de los bienes de su patrimonio (Art. 537, frac. III); otorgar testamento (Art. 1306, frac. I9, salvo si es ológrafo (Art. 1551), y ser testigos en un testamento (Art. 1502, frac. II).

La mayoría de edad se adquiere a los dieciocho años (Art. 646). Los mayores de edad que están disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lúcidos, tienen incapacidad del ejercicio para celebrar actos jurídicos. No obstante, en el caso de que un demente tenga un intervalo de lucidez puede otorgar testamento, siempre y cuando se reúnan ciertos requisitos (Art. 1307).

El *patrimonio* es el conjunto de bienes, derechos y obligaciones que tiene una persona apreciables en dinero, o sea, es el activo y el pasivo, los derechos y las obligaciones que tiene una persona. Toda persona tiene patrimonio porque todos tenemos derechos y obligaciones.

2. Fertilización o procreación asistida

A continuación vamos a estudiar tres clases de fertilización o procreación asistida que, desde el punto de vista jurídico, son importantes por las obligaciones y derechos que nacen en materia de familia y sucesiones, a saber:

- a) Inseminación artificial
- b) Fecundación *in vitro*
- c) Clonación

a) Inseminación artificial

Como antecedentes o acontecimientos históricos relevantes sobre la inseminación artificial encontramos los siguientes:

1. Se dice que en 1462 Juana de Portugal, esposa de Enrique IV de Castilla, fue inseminada artificialmente y dio a luz a “Juana de Beltraneja”. De ello no existen pruebas definitivas.

2. En 1799, el escocés John Hunter logra en una mujer la primera inseminación artificial de que se tenga certeza.

3. En 1868, en la revista de divulgación científica “La Abeja Médica”, se mencionan 10 casos de inseminación artificial con resultados favorables.

4. En 1911 Roelheder menciona 65 experimentos de inseminación artificial, de los cuales 31 resultaron positivos.

5. En 1942 Seymour y Koerne, después de realizar una encuesta a 30,000 médicos de los EE.UU., concluyeron que por medio de inseminación artificial se realizaron 9,489 embarazos con resultados positivos.

6. En 1949 el Papa Pío XII se dirige al IV Congreso Internacional de Médicos Católicos y declara que la inseminación artificial es un método proscrito e inmoral.

7. En 1950 se reportan en Francia 1,000 embarazos anuales, en Inglaterra 6,000 y en los EE.UU. 20,000.

8. En 1950 los médicos del ejército de los EE.UU. practican más de 1,000 casos de teleinseminación en las esposas de los soldados que se encontraban en Corea.

9. En 1951 se legisla en Suecia sobre la materia.

10. En 1986, en los EE.UU., se somete a juicio el caso de una mujer que “alquiló” su matriz para que le implantaran un óvulo de otra, el cual fue fecundado con semen de su esposo. Al nacer el niño la mujer que “alquiló” su matriz se negó a entregarlo, ofreciendo devolver al matrimonio los 5,000 dólares que le pagaron. Los tribunales determinaron que debía entregar al niño.

11. El 21 de septiembre de 1987 apareció la siguiente noticia: “Una abuela sudafricana a punto de dar a luz trillizas como madre reemplazante, según informes de la prensa local. Los abogados que estudian las posibles implicaciones legales el nacimiento (que se esperaba para la siguiente semana) expresaron las preocupación de que los bebés puedan ser nietos y nietas ante la ley, en vez de hijos de su madre biológica. Poco se sabe sobre la familia blanca de Tzaneen que decidió mentenerlo todo en secreto... la abuela de 48 años identificada como Pat Anthony y su familia... Médicos de la exclusiva clínica Park Lane de Johannesburgo confirmaron que los tres huevos, obtenidos de su hija de 25 años, Karen Ferrera-Jorge, y fertilizados en un laboratorio con esperma de su yerno, George, fueron implantados hace más de ocho meses en el vientre de la señora Anthony...”.

12. El 24 de noviembre de 1988, en el boletín oficial del Estado español, se publicó la Ley 35, conocida como “Ley sobre técnicas de reproducción asistida”, la cual establece en su artículo 1, apartado 1: “La

presente ley regula las técnicas de reproducción asistida humana: la inseminación artificial (IA), la fecundación *in vitro* (FIV), con trasplantes de embriones (TE), y la transferencia intratubárica de gametos (TIG) cuando estén científica y clínicamente indicadas; cuando se realicen en centros y establecimientos sanitarios y científicos (autorizados y acreditados), y las lleven a cabo equipos especializados.

Vistos estos antecedentes, en mi opinión la inseminación artificial se puede definir como el método por el cual se fecunda a una mujer sin la realización de la cópula carnal, a través de la implantación de espermatozoides en su organismo.

Se divide en homóloga y heteróloga: la primera es cuando el semen proviene del marido, la segunda se da cuando no proviene del marido. En este último caso habría que analizar diversos aspectos, a saber, si el marido estuvo de acuerdo o no; si tuvo conocimiento; si se realizó durante su vida o ya fallecido (inseminación *post mortem*).

También se conoce la teleinseminación, la cual se practicó durante las guerras de Corea y Vietnam, donde las esposas de los soldados eran inseminadas con el esperma que les enviaban estos.

Todas estas situaciones resultan importantes ya que conllevan implicaciones y problemáticas respecto del matrimonio y del divorcio, la paternidad y la filiación, derechos de sucesión, daño moral, etc.

b) Fecundación *in vitro*

La fecundación *in vitro* se realiza cuando a una mujer se le extraen varios óvulos (oocitos) y se fertilizan con semen (gameto) en el laboratorio. De esta manera, el embrión se encuentra en un ambiente adecuado y posteriormente se implanta en el útero de la mujer.

En 1978 se dio el primer caso exitoso cuando, en Inglaterra, el matrimonio Brown procreó una hija (Luisa) por medio de la implantación de un embrión fecundado *in vitro*. A partir de este caso, el método se ha usado para tratar de resolver la infertilidad femenina causada por la obstrucción de las trompas de falopio, lugar donde los embriones tienen que habitar algunos días una vez producida la fecundación.

Por otro lado, los embriones también se pueden implantar en una mujer distinta a la que aportó el óvulo, fenómeno que se denomina “arrendamiento de matriz o útero”, “madre subrogada” o “madre portadora”.

Relativos a este fenómeno expongo unos ejemplos. En los tribunales franceses se presentó el caso de una mujer que estuvo de acuerdo y recibió una cantidad elevada de dinero para que se le implantara el embrión de un matrimonio que, por deficiencias en la matriz de la señora, no podía tener hijos. La “arrendataria” se obligó a entregar al niño inmediatamente que naciera, pero cuando dio a luz se negó a hacerlo, alegando que el niño le correspondía a la mujer que lo había portado nueve meses, que le había dado su sangre, a la que le había bajado la leche y había sufrido el parto.

En EE.UU. un caso semejante se resolvió en contra de la “portadora”, pues era soltera y no tenía recursos suficientes para alimentar y educar al niño, sin entrar al análisis de cuál de las dos era la madre.

Congelamiento de embriones y de óvulos. En Australia, en 1984, se logró el congelamiento de embriones y en 1985 el de óvulos. Por un lado se dio un gran paso, pues anteriormente sólo se congelaba espermatozoides, pero por el otro los experimentos sobre embriones (la denominada “ingeniería genética”) ha provocado el escándalo de algunos juristas, moralistas y médicos, pues hay universidades que cuentan con varios miles de embriones para experimentación e inclusive en algunas ocasiones los desechan como basura.

Sobre estos casos se ha proclamado lo antiético que resulta el experimentar de esa forma con seres humanos, sin embargo, fuera de lo dispuesto por el artículo 56 del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación*, anteriormente transcrito, las normas jurídicas todavía no establecen nada.

Como ejemplo de la congelación de embriones expongo el caso que, en 1989, se dio en el Tribunal de Justicia de Maryville, Tennessee. En 1988, el matrimonio Davis se sometió a un tratamiento de fecundación *in vitro* y produjeron nueve embriones, de los cuales se implantaron dos, sin éxito, y se congelaron los siete restantes. Más adelante, los señores Davis se divorciaron y la ex esposa reclamó del “recinto de concentración” los embriones congelados para implantárselos, situación a la que se negó el ex esposo aduciendo que no quería que ella se embarazara de un hijo suyo. La problemática consistió en resolver si los embriones deberían considerarse niños jovencísimos o bienes comunes. El profesor Jérôme Lejeune, catedrático de Genética Fundamental en la facultad de medicina de París, actuó como testigo en favor de la Sra. Davis, asentando: “Lo

que define a un ser humano es su pertenencia a nuestra especie. Ni uno jovencísimo ni uno mayor han cambiado de una especie a otra. Pertenecen al género humano...” Y a la pregunta si a un cigoto (embrión) se le debe tratar como a un humano adulto, respondió: “No respondo a esto porque no puedo saberlo. Le estoy diciendo que es un ser humano y entonces es un juez quien nos dirá si este ser humano tiene los mismos derechos que los demás. Si se establece una diferencia entre seres humanos hay que aportar razones de por qué se establece esa diferencia, pero si usted me pregunta como genetista si ese ser es un ser humano, le diría que, puesto que es un ser y es humano, es un ser humano”. El tribunal resolvió que el valor a proteger era el concebido (embrión), mismo que tenía derecho a vivir independientemente de los conflictos entre los contendientes, por lo que el juez Dale Young emitió sentencia confiando los embriones a la madre.

c) Clonación

Es una forma de manipulación genética que consiste en una alteración química celular, por medio de la cual se sustituye una parte de los cromosomas de una persona por la célula de otra, logrando con ello un ser exactamente igual al que aportó la célula.

Este método lo descubrió y experimentó en animales el biólogo británico Gurdon y alguna vez fue divulgado por Aldous Huxley, como ciencia ficción, en su famosa novela *Un mundo feliz*, aunque también dicho método se conoció por medio de la película *Los niños de Brasil*. Si se llegaran a desarrollar en seres humanos experimentos como los que ahí se muestran, podría presentarse el caso de dar vida a individuos idénticos a otros, en serie y por pedido. Al respecto conviene destacar que, durante la segunda guerra mundial y bajo las órdenes de Adolfo Hitler, se llevaron a cabo este tipo de pruebas y manipulaciones con objeto de crear una raza de superhombres.

3. La filiación y la paternidad en relación con la bioética

La filiación es la relación que de hecho y por razón natural existe entre el padre y la madre con su hijo. De la filiación nace el parentesco en primer grado.

En la terminología jurídica se dice que el padre engendra y la madre procrea, y en su regulación al hijo se le toma en cuenta desde la concepción hasta su nacimiento.

La filiación dentro del matrimonio se conoce como matrimonial o legítima y el artículo 324 establece que se presumen hijos de los cónyuges:

I. Los hijos nacidos después de 180 días contados desde la celebración del matrimonio;

II. Los hijos nacidos dentro de los 300 días subsiguientes a la disolución del matrimonio, ya provenga esta de nulidad del contrato, de muerte del marido o de divorcio.

Este término se contará, en los casos de divorcio o nulidad, desde que de hecho quedaron separados los cónyuges por orden judicial.

Antes de la Ley de Relaciones Familiares, los hijos se distinguían entre naturales y legítimos de matrimonio, adulterinos y también como incestuosos, sacrílegos y mánceres.

En relación a lo establecido en el artículo 324, el 325 nos dice: Contra la presunción no se admite otra prueba que la de haber sido físicamente imposible al marido tener relaciones sexuales con su mujer en los primeros 120 días de los 300 que han precedido al nacimiento.

Esto tiene que ver con la teleinseminación homóloga, en cuyo caso habría que comprobar (con un documento escrito) que el padre fue el proveedor y que estuvo de acuerdo en realizar este procedimiento. Lo mismo sucede en la implantación de embriones, en la cual también es necesaria dicha prueba para considerar que es un hijo dentro del matrimonio.

Por otro lado, el artículo 326 dice que el marido no podrá desconocer a los hijos, alegando adulterio de la madre, aunque esta declare que no son hijos de su esposo, a no ser que el nacimiento se le haya ocultado, o que demuestre que durante los diez meses que precedieron al nacimiento no tuvo relaciones sexuales con su esposa.

Este artículo tiene como finalidad proteger al hijo, independientemente de las razones que los padres hayan tenido para desconocerlo. También la presunción a que se refiere el artículo comentado se destruye si se demuestra judicialmente que en virtud de una separación provisional no fue posible el contacto carnal, pues el artículo 327 expresa: "el marido podrá desconocer al hijo nacido después de 300 días, contados desde que

judicialmente y de hecho tuvo lugar la separación provisional prescrita para los casos de divorcio y nulidad, pero la mujer, el hijo o el tutor de este pueden sostener en tales casos que el marido es el padre”.

Si el hijo nace dentro de los ciento ochenta días siguientes a la celebración del matrimonio, el padre no lo puede desconocer en los siguientes casos:

I. Si se probare que supo antes de casarse del embarazo de su futura consorte. Para esto se requiere un principio de prueba escrito;

II. Si concurrió al levantamiento del acta de nacimiento y esta fue firmada por él, o contiene su declaración de no saber firmar;

III. Si ha reconocido expresamente por suyo al hijo de su mujer;

IV. Si el hijo no nació capaz de vivir (Art. 328).

La acción para pedir el desconocimiento de la paternidad la tiene cualquier persona a quien perjudique la filiación.

La filiación para los hijos nacidos fuera del matrimonio, conocida como ilegítima o natural, se comprueba: por lo que se refiere a la maternidad, por el hecho del parto y el nexo causal entre parto y nacimiento, y en algunos casos la identificación del hijo. Por otro lado, la madre tiene la obligación de reconocer a su hijo y de que su nombre figure en el acta de nacimiento.

Art. 337. La filiación de los hijos nacidos fuera del matrimonio resulta, con relación a la madre, del solo hecho del nacimiento, respecto del padre, sólo se establece por el reconocimiento voluntario o por una sentencia que declare la paternidad.

Por lo que toca a la paternidad, esta sólo se da si existe reconocimiento voluntario, artículos 60 y 360 y por sentencia ejecutoria que la declare.

Para los efectos legales, sólo se reputa nacido el feto que, desprendido enteramente del seno materno, vive 24 horas o es presentado vivo al Registro Civil. Faltando alguna de estas circunstancias, nunca ni nadie podrá entablar demanda sobre la paternidad.

No puede haber sobre la filiación ni transacción ni compromiso en árbitros (Art. 338.); se puede reconocer a los hijos que no han nacido y al que ha muerto si ha dejado descendencia (Art. 364); los padres pueden reconocer a su hijo conjunta o separadamente (Art. 365).

El reconocimiento de hijos es un acto formal que, para su validez, deberá hacerse de alguno de los siguientes modos: 1. En la partida de nacimiento, ante el Juez el Registro Civil; 2. Por acta especial ante el

mismo juez; 3. Por escritura pública; 4. Por testamento; 5. Por confesión judicial directa y expresa (Art. 369).

Como se desprende de lo anterior, el reconocimiento de hijos ante notario puede llevarse a cabo en escritura pública (declaración unilateral de voluntad) o bien, al otorgarse testamento. Tanto el juez del Registro Civil como el notario deben tomar en cuenta lo establecido por el artículo 370 del *Código Civil*, que en su parte conducente dispone: Cuando el padre o la madre reconozcan separadamente a un hijo, no podrán revelar en el acto del reconocimiento el nombre de la persona con quien fue habido, ni exponer ninguna circunstancia por donde aquélla puede ser identificada.

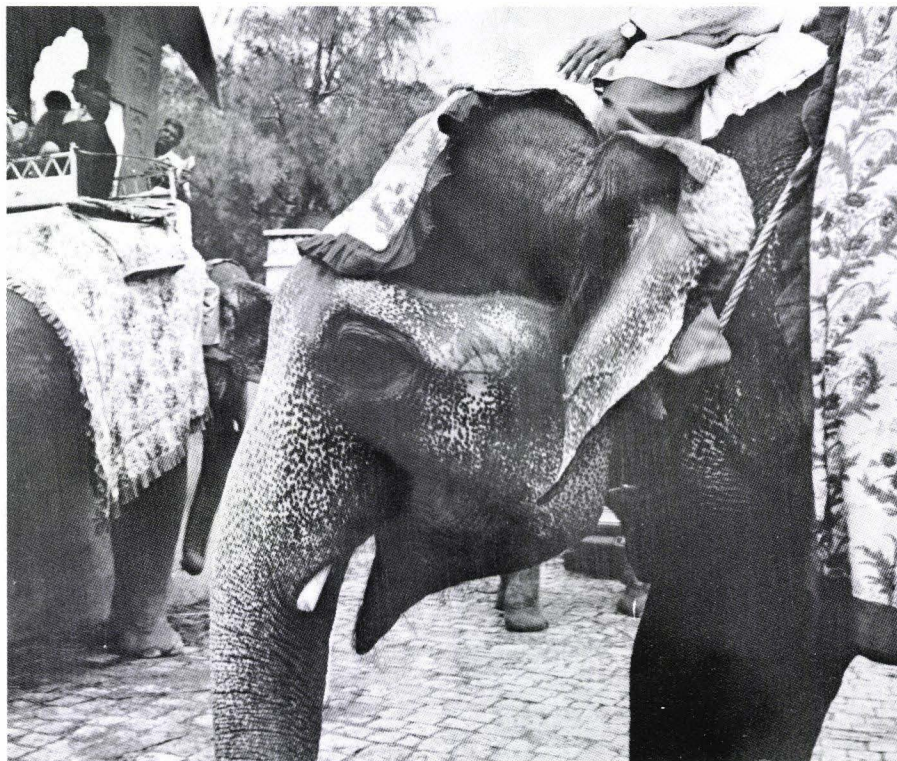
La sanción que se impone al oficial del Registro Civil, al juez competente o al notario en caso de infringir esta disposición, es la “destitución del empleo e inhabilitación para desempeñar otro por un término que no baje de dos ni exceda de cinco años” (Art. 371).

Del análisis de estos artículos se desprende que es muy difícil reconocer a un hijo cuando no concurren ambos progenitores, pues si el hijo ya ha nacido, el padre sólo lo podrá reconocer mencionando su nombre y apellidos, y en este caso se puede deducir quién es la madre. Ahora bien, si no ha nacido, también le resulta casi imposible reconocerlo, pues tendría que señalar que su hijo se encuentra en el vientre de la madre y con eso está revelando con quién lo hubo. De no ser así, creo que sería imposible describir al *nasciturus* que se pretenda reconocer.

Por último, quiero insistir en que nuestro Código resuelve de la misma manera todos los problemas de la fertilización o procreación asistida, se trate de inseminación, clonación, concepción *in vitro* o implantación de embriones, que son las reglas de la filiación. O sea, en todos los casos la maternidad se demuestra con el parto y la paternidad en el matrimonio se presume siempre del esposo. Cuando es fuera del matrimonio se deriva del reconocimiento.



Jaipur, India



Delhi, India

Bioética y la atención al paciente terminal

*Francisco Escobedo**

Resumen

El artículo analiza el papel de la bioética en el manejo y tratamiento médico del enfermo en etapa terminal y describe tres tipos de pacientes, cada uno de los cuales suscita diferentes conflictos éticos y de conciencia en la toma de decisiones.

El autor concluye que el actuar médico debe estar inserto en el respeto a la voluntad del paciente, así como en un firme concepto de la dignidad del hombre y de la vida humana.

Introducción

Si algo es trascendente en la acción y el pensamiento del hombre es aquello que se relaciona con esos dos acontecimientos fundamentales de la vida, como son el nacer y el morir (Ignacio Chávez). Y sin embargo, “en el mundo moderno todo funciona como si la muerte no existiera” dice Octavio Paz, seguramente prolongando el pensamiento de Freud cuando señala “en lo inconsciente todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad”, pero en realidad nos recuerda que “de todos los procesos biológicos que constituyen la vida del hombre, sólo hay uno común a todos sin excepción, que es la muerte” (I. Chávez).

Aquí abordaremos el tema de la bioética y la atención del paciente terminal, o sea, cuál es el papel de la bioética en el manejo y tratamiento

* Neurocirujano. Exdirector del Inst. Nacional de Neurología y Neurocirugía SAA México. Jefe del Departamento de Cirugía Experimental del INNN.

médico del enfermo en esa etapa tan trascendente de su vida, en aquellos días en que se acerca su Omega, en que se aproxima a la muerte terrenal.

Si pensamos en la ética como la disciplina que norma y juzga la bondad o no de la conducta humana, todos los actos del quehacer médico deben quedar enmarcados dentro de los propósitos que conduzcan al beneficio del paciente en general y, desde luego, del paciente terminal en particular.

Cuando esa hora llega como término de una larga enfermedad que ha permitido ver que el fin se acerca, que se han agotado todos los recursos médicos y las resistencias del enfermo han sido vencidas, se plantean a veces situaciones que pueden ser estrujantes para el médico, para el paciente y aun para sus familiares. La etapa terminal ha existido siempre, pero no así el problema de conciencia que suscita. Ese problema es de nuestro tiempo, fruto de los avances recientes de la medicina y de los recursos técnicos de que hoy disponemos y que permiten sostener la vida del enfermo por días, semanas o meses, en ocasiones por años, casi a voluntad.

Esos recursos no los conocieron los médicos de otros tiempos, ni siquiera los de comienzos de siglo, pues datan apenas de cuatro o cinco décadas. Esos recursos son los que permiten mantener oxigenado a un enfermo y evitar la asfixia; alimentarlo intravenosamente para evitar que caiga en inanición; hacer latir su corazón bajo un estímulo eléctrico para contrarrestar los efectos del paro cardíaco; mantener su circulación para que se sobreponga al shock; limpiar su sangre de los productos de desecho para evitar la uremia, en fin, en algunos casos se puede mantener la vida biológica, la respiración, la circulación, la nutrición por meses y años con artificios de la técnica. Pero éticamente, ¿cómo debe actuar el médico en esta etapa de la vida de sus pacientes, qué actitud tomar ante el dilema?

Vamos a analizar diversas circunstancias y por ello pudieramos sintetizar diciendo que pueden presentarse tres tipos de pacientes que describo a continuación.

Paciente terminal tipo 1

Cuando se trata de un episodio agudo que avanza implacablemente hacia la etapa terminal, ya sea por infarto del miocardio o del cerebro, gruesa

embolia pulmonar, hemorragia profusa, traumatismo severo, estado de shock o cuadro tóxico grave, el médico recurre a todos los medios de su ciencia y de su técnica, con la esperanza que sean salvadoras. Lucha contra el riesgo de muerte porque sabe que son muchos los enfermos que pueden salvarse. Todos los medios ordinarios y extraordinarios le son permitidos. Es la lucha de todos los días en las unidades de terapia intensiva y en los servicios de urgencias. Monitores, catéteres, transfusiones, marcapasos, drogas... a todo se recurre en las horas críticas, porque la vida está en juego y el resultado final lo justifica. Nadie objeta que las maniobras hayan sido molestas para el paciente y hasta costosas económicamente para él, para la familia o para la institución. Son vidas salvadas y es deber médico cumplido.

Paciente terminal tipo 2

Cuando se trata de un episodio agudo o crónico que ha llevado al paciente a la pérdida de la conciencia, con nulas esperanzas de recuperación, ese cuadro de descerebración o aquel otro que ahora se llama con fundamento fisiológico “estado vegetativo permanente”.

Aquí el problema es otro. Es el de los enfermos en etapa terminal que han perdido la conciencia y sus facultades cerebrales, las funciones mentales y las de la vida de relación, sin solución médica previsible.

¿Qué conducta seguir? ¿Luchar? ¿Luchar hasta lo último echando mano de todos los recursos disponibles? ¿Cejar? ¿Admitir lo inevitable y suspender toda actuación dejando al enfermo en el desamparo?

Por un lado, el médico tiene un deber profesional, con las exigencias de su ética, que le indica poner todo su esfuerzo, toda su devoción en favor del enfermo para salvarlo. Por otro, su razón, que le indica la inutilidad de prolongar una lucha estéril, que a lo mejor sólo procura molestias, sufrimientos, gastos innecesarios. ¿Qué hacer? ¿Proseguir? ¿Detenerse?

Cuando el enfermo está en coma, cuando ha perdido la conciencia de sí mismo, cuando está descerebrado o en estado vegetativo permanente, sin reacción a estímulos, y la supervivencia puede continuarse por períodos prolongados mientras se mantenga el aporte artificial de ventilación y nutrición, la conducta médica de detenerse, de suspender

la ayuda *estará dependiendo* de que el profesionista actuante tenga un *alto grado de certeza* de que el *cuadro es irreversible*, cuadro que persiste a pesar de que todos los esfuerzos y todos los recursos terapéuticos vigentes, apropiados y correctos se han aplicado.

Sabiamente dice Sepúlveda, en su conferencia titulada *La muerte del individuo humano*, “si aceptamos que la actividad intelectual, emocional y espiritual tipifican y conforman el carácter esencial del ser humano, y si consideramos que la actividad creadora depende básicamente del funcionamiento cerebral —donde se determina su personalidad, sus relaciones con los semejantes y con el entorno—, se puede afirmar que la integridad funcional del cerebro es la condición más importante de la vida humana. Si el cerebro muere, se habla de muerte.

En esos casos, el médico admite que ese cuerpo está muerto, cuando menos, que se trata de un cerebro muerto en un cuerpo vivo. La ley misma admite que la definición cabal de la muerte se da por la *muerte cerebral comprobada*, y cuando se habla de esta, la decisión médica pura no es tan difícil, basta con suspender los artificios técnicos. El desconectar los aparatos que mantienen artificialmente las funciones vegetativas y la apariencia de vida se antoja una maniobra razonable a seguir para que todo cese. Y no es problema de conciencia hacerlo, es sólo renunciación a un procedimiento extraordinario que en nada beneficia a un hombre que ya ha muerto como persona y sólo arrastra una vida vegetativa. Sólo habría que contar con la autorización de la familia para evitarse malos entendidos y posibles reclamaciones judiciales.

Esta decisión muchas veces se ha tomado, sin grave conflictiva de conciencia, con el apoyo de la lógica y, para los profesantes, también con el apoyo de las palabras de Pío XII, quien en 1957, ante la pregunta de si el médico puede interrumpir la respiración artificial en un enfermo moribundo, contestó: “Se pide del médico que aplique medidas ordinarias, pero no extraordinarias para prolongar la vida”. Como vemos, deja todavía un dilema al médico, puesto que queda la responsabilidad de definir qué es una medida extraordinaria. Lo que es una medida extraordinaria en Tlalpujahua no lo es en el Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Es ahí donde los conocimientos médicos actuales, el concepto de cuadro no reversible y el sustento de la ética guían consistentemente la decisión.

Paciente terminal tipo 3

El enfermo crónico, fatalmente condenado, pero lúcido o parcialmente lúcido, y sometido al sufrimiento físico y psíquico de su etapa final.

¿Qué tan lejos debemos ir en nuestros esfuerzos por prolongar la vida en un paciente que dentro de lo humanamente previsible no tiene ninguna posibilidad de salvarse? ¿Qué es más importante, la prolongación de su vida o la terminación de su sufrimiento?

En cuanto al aspecto espiritual, ¿se debe ocultar al enfermo su estado, mintiendo piadosamente? ¿Informarle, con todo el tacto posible, de la proximidad del fin para que se prepare al tránsito, o simplemente callar como mero expectador del drama? En una palabra, ¿evitarle la angustia de saber o ayudarlo moralmente a esperar la muerte?

Vale reflexionar que no para todos es igual el sufrimiento del vivir forzado. ¿Dónde hay más sufrimiento, en ver la muerte venir o en persistir con la incapacidad, el dolor, el estar clavado al lecho por los sueros, sondas, aparatos y tubos?

Hay enfermos, conscientes o no de su estado final, víctimas de los dolores o de las molestias propias de la enfermedad y, sobre todo, presos de angustia, que esperan ansiosamente que el médico actúe, que les alivie el sufrimiento y que los salve. Otros a la inversa, agotados, piden al médico que suspenda todo y que les deje morir en paz.

Por supuesto que no es posible ofrecer una respuesta universal y absoluta. Cada caso individual, específico, exige una decisión particular, propia, que a menudo es generadora de grandes dosis de conflictos y angustia. ¿Por qué? Primero, porque depende de juicios de valor, fundados sobre lo que se habla de calidad de la vida que resta y, segundo, porque depende totalmente de las consideraciones pronósticas sobre la duración de esa vida.

¿Qué hacer? Suspender todo tratamiento sería una forma de desamparo cruel, así lo pida el propio enfermo en su desesperada renunciación a vivir, pero sí cabe suspender toda lucha por detener el mal y limitarse al empleo de analgésicos, de tranquilizantes y de somníferos que embotan el sufrimiento físico y la angustia. No importa que el empleo de esas drogas disminuya la resistencia del enfermo y acorte en horas o en algunos días su vida. Es acortar sólo su etapa terminal.

Esto no choca con la ética personal, que exige ayudar con empeño a nuestros enfermos, pero no a someterlos a prácticas que por mucho que sean científicas, se vuelven en estos casos inhumanas.

Actuar así, limitadamente, es una forma de respetar la dignidad del paciente dejándole morir en paz, con calma, en la actitud serena, en cuanto cabe, del hombre que termina su jornada sin luchas, sin forcejeos, sin la tortura de eso que se ha llamado el *encarnizamiento terapéutico*.

El respeto a la vida comienza por el respeto a la muerte. Todo hombre tiene derecho a morir en paz y a su hora (Jean Lhermitte).

Hay dentro de este grupo otro tipo de enfermo, en el que sabemos la inutilidad, a mayor o menor plazo, de las medidas terapéuticas, aun las extremas, y en el que se puede esperar cierta recuperación parcial y pasajera de sus funciones, para que al cabo de un corto tiempo vuelva a caer en serios compromisos fisiológicos. Por ejemplo, es el paciente que, estando con depresión y obnubilación mental, después de algún procedimiento terapéutico puede recuperar la lucidez por momentos, para caer nuevamente en sopor más adelante, y en el que se plantea la disyuntiva de continuar con los tratamientos, cada vez más ineficaces, o de interrumpirlos.

Al médico le toca decidir: ¿recurre a sus conocimientos? ¿Estudia acuciosamente al enfermo para estar cierto de la irreversibilidad del trastorno patológico y aplica técnicas a veces complejas y costosas que indiquen el estado funcional del cuerpo? ¿Que señalen la severidad del daño tisular en determinados órganos? ¿Busca la fundamentación científica para así llegar a la conclusión de que no hay esperanza de recuperación orgánica? Con ese fin, explora clínicamente y en repetidas ocasiones al enfermo: sus reflejos, sus reacciones, practica EEGs y EKGs; efectúa innumerables exámenes de laboratorio, radiografías, sofisticados y complejos estudios como tomografías computarizadas; llega a estudiar incluso el flujo sanguíneo cerebral y, en ocasiones, hasta la evaluación del metabolismo íntimo del cerebro, analizando, a través de complicados procedimientos comparativos, los contenidos arteriales y venosos que indiquen el consumo intracraneano de ciertos metabolitos... en fin, se busca conocer a fondo el estado del enfermo y confirmar que el fin llegará.

Siente entonces el médico que ha alcanzado una meta, ha podido determinar que el tejido cerebral consume insuficiente oxígeno, que

ciertas neuronas o núcleos encefálicos no funcionan, que el riñón no elimina, o concluye que un órgano o sistema está irremediablemente afectado... que ese hombre, que ese organismo, presenta lesiones irreversibles. Con esos antecedentes, aunado al conocimiento de las alteraciones anatomofuncionales del cuerpo, parece que se está en condiciones de decidir en ciencia y conciencia sobre la vida de un enfermo.

¿Y qué ha hecho el médico por conocer la otra parte del enfermo? ¿Por conocer su espíritu? ¿Qué sabe de sus reacciones emocionales? ¿De sus inquietudes intelectuales, de sus gustos, de sus intereses, de sus planes? ¿Se ha preocupado por saber si se trata de una persona con ansia de vivir?

¿Se ha preguntado, acaso, por la necesidad que puede sentir ese enfermo de vivir unos días más, unas horas más, unos ratos más en mejores condiciones, con mejor capacidad física e intelectual, quizá para resolver sus asuntos personales, para terminar alguna obra inconclusa, para dictar recomendaciones a su familia, para una íntima conciliación de su espíritu..., intentando seguramente completar su vida?

Todos estos componentes espirituales tienen una gran importancia; también influyen y juegan un papel trascendente para conformar la imagen total del enfermo y, con ella en las manos, el médico puede tomar mejor su decisión.

Basado en estos conceptos, pienso que siempre que está al alcance, se debe ofrecer a estos enfermos la oportunidad de una recuperación funcional, aun a sabiendas que se trata de una oportunidad fugaz, siempre y cuando sea posible prever que, aunque se va a brindar un lapso más o menos corto de vida, para el enfermo ese lapso tiene sentido, significación y valor.

Es en estos casos, entre otros muchos, en los que la medicina integral, la que considera al ser humano como una unidad funcional indivisible entre lo orgánico y lo espiritual, alcanza su plena justificación.

El respeto a la voluntad del enfermo

Para tomar decisiones, el médico no puede ignorar el sentir propio del enfermo, de sus familiares y de la sociedad a la que pertenece.

Si el enfermo consciente, aun sintiendo cerca la muerte, expresa el deseo de que su vida se alargue al máximo, es deber ineludible del médico respetar su voluntad.

La aceptación de la muerte, esta filosofía de llegar a ella con serenidad, con dignidad, no se la ve sólo en la hora final. Hay personas que, previendo esta situación, han firmado instrucciones cuando están sanas, para que no se las someta, llegado el caso, a procedimientos extraordinarios y se les eviten las molestias de una terapéutica encarnizada. Así, un grupo de sabios, entre ellos varios Premios Nobel, firmaron hace unos años un documento pidiendo que no se intentara mantenerlos con vida a cualquier precio y que, llegado el fin, se les dejara morir en paz. En otras sociedades ya se está empleando un documento legalizado ante notario y con testigos, que otorga "Poder duradero para las decisiones sobre atención médica" (*Código Civil de California* secciones 2410-2444), en el cual, quien otorga el poder define sus deseos de cómo ser tratado médicamente en esas circunstancias.

Después de reflexionar sobre el fondo tan importante de estas decisiones, y de la libertad del hombre, se alcanza a ver, con elemental justicia humana, que este asunto merece cabalmente estar como un artículo más dentro de la Declaración de Derechos Humanos: "Toda persona tiene derecho al respeto de su decisión consciente de cómo ser atendido médicamente en caso de ser paciente terminal.

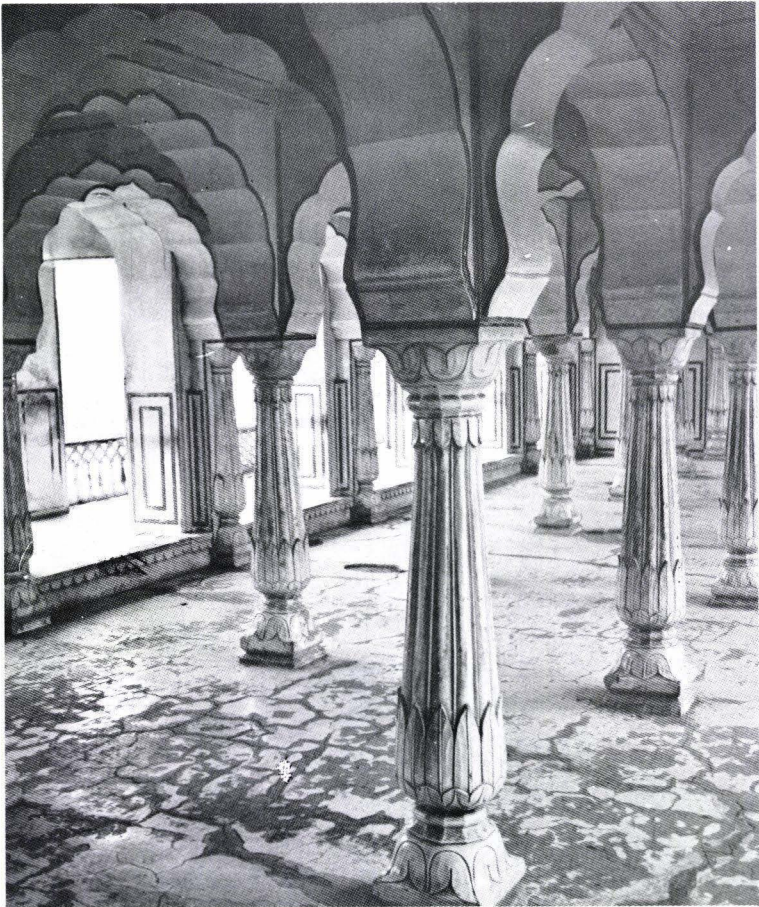
Conclusión

Como médicos humanistas, convencidos y respetuosos de la ética, es necesario reflexionar todos estos aspectos, analizarlos con un enfoque más amplio, con un concepto filosófico del sentido de la vida humana y del papel del hombre en el cosmos.

Y si, por otro lado, se tiene el convencimiento total de haber empleado todos los recursos y de haber empeñado todos los esfuerzos y a pesar de ello se enfrenta una situación terminal, las decisiones del actuar médico serán más claras, más definidas, más éticas y por tanto más respetuosas a la dignidad de los demás en su vivir y en su morir.

Referencias Bibliográficas

- CHAVEZ Y., *Morir digno y decisión médica*, en Eugenesia y Eutanasia. Ed. Instituto Syntex 1979, p. 89-92
- ESCOBEDO, F., *Comentario a Morir digno y decisión médica*, en Eugenesia y Eutanasia. Ed. Instituto Syntex, 1979, p. 93-95.
- PACHECO, E.A., *Derecho a la vida ¿Derecho a la muerte?*, en Bioética y Derechos Humanos. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 1992.
- TORRES, R.A., *El hombre ante la muerte y el momento de morir*, Rev. Mex. Anest. 1993, 16: 64-73.
- DAVILA, M.L., *Estado vegetativo crónico persistente*, Rev. Mex. Anestesia 1993. 16:74-80.
- CANETTI, V., *Diagnóstico Clínico de Muerte Encefálica*, Rev. Mex. Anest. 1993. 16:85-94.
- El paciente en fase terminal y los problemas que plantean los nuevos recursos terapéuticos*, Médico Moderno, Julio 94 p. 45-53.
- BANDERA, B., *Deontología del Médico Anestesiólogo* Semana Médica de México. Año VI, Vol. XXI Mayo 8, 1959. p. 46-50.



Amber, India

Abuso sexual y maltrato físico en menores de edad

Marilucy López García* y Arnulfo L'Gamiz Matuk**

Resumen

Se presenta un estudio descriptivo y comparativo entre la localidad de San José del Llano y la Colonia Guadalupe la Ciénaga del Municipio de Lerma, Estado de México. Se estudiaron 167 niños en total, comprendidos entre los 8 y los 13 años de edad. Se encuentra una incidencia de 20.3% de niños con maltrato físico y 11.3% de abuso sexual, ambos debidos a un entorno familiar inadecuado, así como a un nivel sociocultural bajo. El cinturón es el objeto que se utiliza con más frecuencia para el maltrato físico y la causa principal, referida por los niños, el ser desobediente. La práctica más frecuente de abuso sexual del adulto al niño es tratar de acariciarlos o quitarles la ropa. Lo anterior se corroboró por medio de 56 variables que se plantearon en un cuestionario de preguntas cerradas.

Hoy en día, entre los problemas más graves que sufren los menores de edad se encuentran el maltrato físico y el abuso sexual. Este tipo de abusos, por su misma naturaleza, son difíciles de abordar y están un poco olvidados.

Los malos tratos y la negligencia se definen como el daño físico o mental, el abuso sexual, el trato negligente o maltrato de un menor de 18

* Médico, Universidad Anáhuac.

** Médico psiquiatra, Universidad Anáhuac.

años por una persona responsable del bienestar del mismo. Debido a esos actos, los menores se ven lesionados o amenazados.

En EE.UU. se registraron, en 1981, una cantidad total de 850,000 niños que sufrían de algún tipo de agresión. Los porcentajes se dividieron de la siguiente forma: 66% de los niños sufrían de maltrato físico, 25% de abuso sexual, 5% de alimentación escasa, y el resto utilizaba drogas.

En México se tienen algunos datos con relación a los abusos, reportando que un 62% de los agresores son conocidos por el niño; el grupo de edad más afectado va de los 4 a los 8 años y que los niños reflejan su malestar con bajo nivel académico, miedo al adulto, aislamiento, dificultad para relacionarse, inseguridad y agresividad.

Material y métodos

Se estudió un total de 167 niños, 100 de la Colonia Guadalupe la Ciénega y 67 de San José el Llano, del Municipio de Lerma, Estado de México, eligiendo 84 del sexo masculino y 83 del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 8 y 13 años de edad.

Para la obtención de datos se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas con 56 variables, de las cuales 5 son del tipo cuantitativo y 51 del tipo cualitativo, mismas que se mencionan a continuación: Edad, sexo, grado escolar, presencia en el hogar del padre y de la madre, actividad del padre y de la madre, número de personas que habitan en la casa, alcoholismo del padre y de la madre, actividad deportiva, ve televisión, tipo de programación dominante, número de horas al día, utiliza videojuegos, número de horas al día, actividades del fin de semana, trastornos del sueño (pesadillas, enuresis, encopresis), duerme con alguien, con quién, opinión del maestro de la escuela, rendimiento escolar, fracturas, equimosis, quemaduras y lugar donde se presentaron, hospitalizaciones y causas, asma, rinitis, gastritis, urticaria, abuso sexual, abuso verbal, infección de vías urinarias, enfermedades venéreas, alteraciones del área genitourinaria, forzado a quitarse ropa, acariciado por alguien, sabe qué es una relación sexual, embarazo y aborto, actitud del niño durante la entrevista y datos extras encontrados por el entrevistador. Objetos con que son maltratados y causa más frecuente.

Las variables cuantitativas fueron manejadas en promedio, moda y mediana, mientras que las cualitativas a través de porcentajes.

La entrevista fue realizada de manera directa, privada y con una duración de entre 7 y 10 minutos con cada niño. Se llevó a cabo en las instalaciones de las escuelas primarias, poniendo gran atención a la actitud del niño.

El estudio se realizó en un lapso de 4 meses (febrero a mayo de 1994).

Resultados

Del total de niños entrevistados, el 20.3% (34) sufre de *maltrato físico*. El sexo predominante fue el masculino, con un 58.8%. El grupo de edad predominante osciló entre los 8 y 9 años de edad, con un promedio de 9.5, mediana de 9 y moda de 8. El grado escolar más afectado fue 3° de primaria, con un promedio de 3.8, mediana de 4 y moda de 4 y 5 (el resultado de abuso sexual fue el mismo).

De los niños maltratados, el 29.4% no cuenta con la presencia de la figura paterna, el 55.8% tiene padres adictos al alcohol y el 73.6% de los niños no realiza ninguna actividad deportiva. El 69.3% de los niños vive con 6 personas en promedio, mediana de 6 y moda de 6 (el resultado de abuso sexual fue igual). El 58.8% de los niños usa videojuegos, menos de 30 minutos al día en promedio.

Un 58.8% de estos niños presenta pesadillas y el 11.7% enuresis. Sólo el 5.8% de los niños sufrió fracturas en los últimos seis meses, 14.7% quemaduras y 64.7% equimosis. Con relación a hospitalizaciones frecuentes, un 17.6% de los niños tuvo alguna en los últimos 6 meses.

El rendimiento escolar osciló entre el 7.9 y el 6 de calificación para el 44.1% de los niños. El objeto que más frecuentemente se utilizó para el maltrato fue el cinturón en el 61.7% de los casos, y la causa más frecuente de maltrato, referida por el niño en un 41.1%, fue la de ser desobediente.

De la opinión de los maestros concluyeron que el 67.6% de los niños maltratados tiene problemas familiares; de los datos extras del entrevistador concluyeron que el 64.7% sufre maltratos físicos severos.

Dentro del *abuso sexual* los niños implicados fueron 19 (11.3%), de los cuales el sexo predominante fue el femenino con un 52.6%. El grupo más afectado fue el de 8 a 9 años de edad, en un 47.3%, y el grado escolar fue 3° de primaria, con un 26.3%.

De los niños que sufren de abuso, el 31.5% no cuenta con figura paterna en casa; el alcoholismo está presente en un 57.8% de los padres de estos niños, y la cantidad de personas que viven con ellos son 6 en promedio.

El 42.1% de los niños que sufre de abuso sexual juega con videojuegos y el 47.3% sufre de pesadillas. El rendimiento escolar oscila entre 7.9 y 6 de calificación en un 68.4%. El 42.1%, no practica ningún deporte.

El 89.4% de los niños duerme con alguien, y en el 36.8% de estos casos con alguien del sexo opuesto.

El abuso sexual visual se encontró en un 31.5% de los niños, y el mismo porcentaje para el abuso sexual verbal. El ser acariciados o que les quiten la ropa lo sufre el 52.6% y el abuso sexual directo el 10.5%. Se reportaron embarazos en el 5.2%, sin embargo, el 42.2% de los niños desconoce lo que es una relación sexual.

Los datos expresados por los profesores muestran que el 68.4% de los niños que sufre de abusos tiene problemas graves en el entorno familiar.

Conclusiones

El maltrato físico y el abuso sexual son problemas que se presentan con frecuencia. El 31.7% de la población estudiada sufre de algún tipo de abuso. De este porcentaje, el 20.3% corresponde al maltrato físico y el 11.3% corresponde al abuso sexual.

Tanto en el maltrato físico como en el abuso sexual, se encontró que el grupo de edad más afectado fue el de 8 y 9 años de edad, predominando el sexo masculino en maltrato físico y el femenino en el abuso sexual. El grado escolar más afectado fue el tercero de primaria.

Un entorno familiar inadecuado, como son la falta de la presencia paterna en casa, la adicción al alcohol y el aislamiento, favorece la práctica de estos abusos. Un nivel sociocultural bajo revela un mal desarrollo de estos niños, como es el que no realice ninguna actividad deportiva.

La manera en que más frecuentemente expresa el niño todos estos malestares es con trastornos del sueño, como es el caso de las pesadillas, en el 85%. Además, el rendimiento escolar oscila entre el 7.9 y el 6 de calificación en el 52.8%. Finalmente, se registró que el 52.8% de los niños usan videojuegos, menos de 30 minutos al día.

Dentro del maltrato físico se encontró que los niños expresaron sufrir equimosis frecuentemente; durante la exploración física se descubrieron, en el 64.7% de los casos, golpes de los padres y el 35% de los niños tuvo hospitalizaciones por traumatismos en los últimos 6 meses.

El cinturón fue el objeto con que más frecuentemente se maltrata a los niños, en un 61.7%. La causa de maltrato que más comúnmente expresó el niño fue la de ser desobediente (41.1%). Este resultado se presta a interpretar diferentes significados a los que el niño puede entender como desobediencia. El niño, en el medio rural, puede justificarle a sus padres algo injusto y aceptar, muchas veces, negligencias como razones.

La opinión del maestro y los datos extras encontrados por el entrevistador, tales como golpes en niños con sangrado de cabeza, nariz o boca, así como caídas al suelo, fueron datos de suma importancia para confirmar el maltrato físico.

Con respecto al abuso sexual, existen en estos medios rurales prácticas higiénico-habitacionales inadecuadas que predisponen a este tipo de abusos, como es el hecho de que el 89.4% de los niños duerme con alguien y que en el 36.8% de los casos es con personas del sexo opuesto.

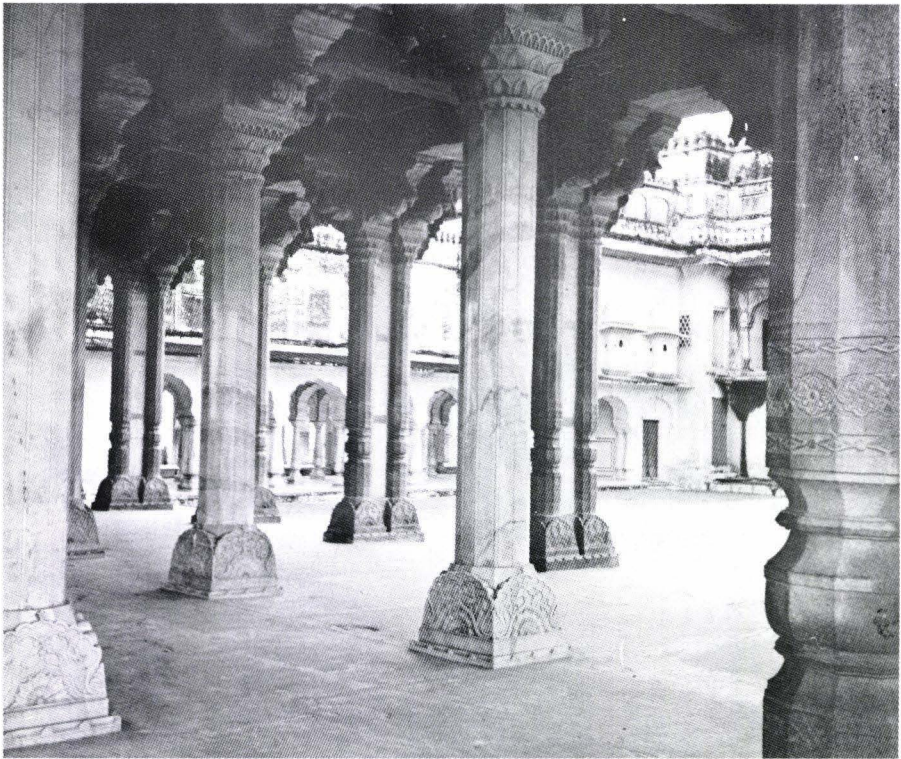
La mala educación y comunicación con los padres, además de la edad propia de los menores, generan que el 42.2% de los niños que sufren abuso sexual desconozcan lo que es una relación sexual.

El acoso sexual que más sufren estos niños es la constante amenaza de ser desvestidos o acariciados por adultos (52.6%), aunque no sea la relación sexual propiamente dicha. El abuso sexual verbal y visual le sigue en frecuencia, con un 31.5% y, por último, se registró abuso sexual directo en 2 niñas (10.5%), generando un embarazo (5.2%) en una menor de 13 años.

Referencias Bibliográficas

1. ALEXANDER, R.C., *Education of the physician in child abuse*. *Pediatr Clin North, Am.* 1990; 37, 971-988.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT: *Guidelines for the evaluation of sexually abused children*. *Pediatrics* 1991; 87: 254-260.
3. BLUMENTHAL, B. *Medical aspects of child sexual abuse*. *Br. J. Hosp Med* 1991 45; 364-367.

4. BOURNE, R., CHADWICK, D., KANDA, M., *When you suspect child abuse*. 22- 54 Feb 1993.
5. FELDMAN, K.W., *Patterned abusive bruises of the buttocks and the pinnae*. *Pediatrics* 1992; 90: 633-636.
6. FONTANA, V.J., MOOLMAN, V., *Save the family, save the child: What we can do to help children at risk*. New York, Dutton 1991.
7. HELFER, R.E., KAMPE, R.S., *The Battered Child*, Ed. 4 Chicago, University of Chicago Press, 1987.
8. JOHNSON, C.F., *Inflicted injury versus accidental injury*. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37, 791-814.
9. LUDWIG, S., LEVIN, A.V., *Proceedings of the first North American Conference on Child Abuse and Neglect*. *Pediatr Emerg Care* 1991; 7: 310-320.
10. PARADISE, J.E., *The medical evaluation of the sexually abused child*. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37; 839-862.



Amber, India

Manejo ético y humano del paciente terminal y su entorno familiar

*Enf. Geront. Pamela Babb Stanley**

Resumen

La función de enfermería es atender a los pacientes para que éstos se encuentren lo más cómodos posible; sin embargo, ¿cómo hacerlo si no conocemos las necesidades del enfermo? En este artículo, la enfermera Babb Stanely señala con claridad las necesidades físicas, psicológicas y espirituales que presentan generalmente los pacientes terminales y cómo satisfacerlas dentro del marco ético y humano que se merecen.

¿Quién no teme a la muerte? El temor a la muerte es universal, aun cuando en el ejercicio de la práctica de enfermería la confrontamos con frecuencia. Sin embargo, creo que ya es tiempo de cambiar nuestro modo de atender a los pacientes moribundos. Hoy en día, morir es una institución sanitario-asistencial equivale a morir en soledad, mecánicamente y en forma deshumanizante, tanto, que en ocasiones nos cuesta trabajo determinar la hora de la muerte.

La muerte es una consecuencia inevitable del vivir para todo ser viviente, sin embargo esta inevitabilidad no necesariamente implica aceptación, comprensión o disposición hacia ella. Todos tenemos problemas emotivos con respecto a la muerte. Algunos le tienen miedo a la aniquilación del Yo, a la pérdida definitiva de la conciencia, a la

* Directora de la escuela de enfermería del Hospital ABC.

separación de los seres vivos y significativos, o bien, a lo inesperado de la propia muerte. En general, todos le tenemos un cierto grado de miedo a ella, o a la enfermedad que pudiera ser su causa.

Todos estos temores tienden a acrecentarse al tener contacto con alguien que se está muriendo y como reacción natural existe una tendencia a alejarse de situaciones incómodas o desagradables, puesto que, de una u otra forma, nos recuerda lo inevitable, esto es, que tarde o temprano también nosotros hemos de morir.

Morir en sí es un acto de soledad, impersonal y desamparo, ya que en la mayoría de los casos el paciente es alejado de su ambiente familiar y llevado con premura al hospital para morir ahí.

El paciente desahuciado o críticamente enfermo es tratado, en múltiples ocasiones, como una persona sin derecho alguno de opinar; se nos olvida con facilidad que sigue siendo un ente con vida, un ser humano con deseos, sentimientos, opiniones y sobre todo con la necesidad de expresarse y ser escuchado. El tratamiento que frecuentemente recibe este ser hace que se genere una metamorfosis común, de *humano* a *cosa*. La muerte de un paciente aún se considera como un *fracaso médico*, concepto en el que quisiera se pensara por un momento..., la muerte es un proceso natural y universal.

El confrontar pacientes —niños, adultos o ancianos, ricos o pobres, hombres o mujeres—, que han de morir próximamente como parte inherente de nuestro quehacer cotidiano, hace que dicha confrontación pueda ser dolorosa, incómoda, difícil o angustiante y, de alguna manera, debe aliviarse esta tensión para con ello poder intervenir adecuadamente en el satisfacer de necesidades físicas, psíquicas y espirituales de nuestro paciente moribundo.

Para que cualquier miembro del equipo de salud pueda ofrecer una atención óptima al paciente terminal —médico, enfermera, trabajadora social, capellán, etc.— es necesario que primero haya hecho una serie de introspecciones de su propio sistema de valores y creencias con relación a la muerte. Esto incluye el cuestionamiento ¿Qué es la vida?, ¿Qué es la calidad de vida? ¿En qué creo? Esto es, ser capaz de contar con la sensibilidad para poder identificar en forma oportuna las necesidades del paciente y además contar con un acervo de virtudes; los principios éticos de justicia, benevolencia y autodeterminismo para con el paciente terminal, así como el reconocimiento de la diferencia entre la práctica

del bien morir para el paciente, o el hacer algo activamente para procurar una muerte más rápida, conocida como eutanasia activa, legal y moralmente no aceptable.

En la literatura tanatológica, y por medio de entrevistas hechas a este tipo de pacientes por múltiples autores, nos hallamos entre comentarios comunes que nos dicen....”Uno quisiera ser considerado aún como una persona”, “aún no muero...” “¿Por qué, pues, me siento tan abandonado?”, etc. Es a través de estos comentarios que se perciben dos factores en común: uno, aquel de la falta de esperanza absoluta por parte del personal que atiende, y otro, la inmensa sombra de la soledad que acompaña a este tipo de pacientes, sensación absoluta de impotencia ante su entorno. Se dice que el paciente desahuciado tiene un gran miedo a morir solo y no a la muerte en sí. Para muchos la muerte es un descanso a su dolor físico y espiritual, su angustia, soledad o pérdidas sufridas.

El morir en sí no requiere de ninguna habilidad ni entendimiento por parte de la persona, puede hacerlo cualquiera, es más, todos hemos de hacerlo tarde o temprano. Lo difícil es vivir y más aún aceptar y ayudar a bien morir a otros.

Al atender y cuidar de estos pacientes (el que está en estado crítico así como el desahuciado) es de gran valor y ayuda hacerlo con una filosofía de tipo holístico o integral, esto es, tomando al ser como un ente bio-psico-socio-cultural y espiritual; el tener en mente los valores y creencias bien definidas, identificar las del propio paciente, y así saber cuáles son sus puntos de apoyo y no imponer los nuestros.

Otro aspecto de importancia para la atención de estos pacientes es concienciar y reconocer la propia posición con respecto a los dilemas ético-morales que muchos de estos casos generan debido a la presencia y uso, en ocasiones abuso, de la tecnología en el campo de la salud.

El agotamiento de recursos físicos, económicos y emotivos por parte del paciente, la familia y seres significativos son cuestionamientos que debe de hacerse la enfermera consigo misma, y con frecuencia, durante sus interacciones con cada caso específico.

Otro factor que quisiera hacer patente tiene que ver con la tradición de terminar la atención de enfermería una vez que muere el paciente. Yo las invito, ahora, a invertir un grado más de interés; a apoyar a la familia y compartir con ella su pena y pérdida, recordando que nosotros hemos invertido horas/enfermería con ellos, paciente y familia.

Una vez que el paciente fallece debemos apoyar a la familia, pues si él ha tardado en morir, ya ellos habrán tenido oportunidad para confrontar los hechos. Sin embargo, quisiera decir que las conductas que pudieran manifestar los familiares son tan variables como ellos en número, esto es, que no hay ni debe haber conductas “apropiadas” ante la muerte. De nuevo, ruego no se haga ningún tipo de enjuiciamientos morales, éticos o personales. Lo antes dicho es material de discusiones múltiples entre aquellos que hemos presenciado muertes frecuentes en el ejercicio profesional, muertes fáciles, así como muertes difíciles y tardías.

La ética del bien morir es la obligación de seguir ciertas conductas con aquellas personas que están en su proceso de muerte. La misericordia es considerada como una obligación moral ante estos casos e incluye el compartir la desgracia ajena. La empatía, por otro lado, es el reconocimiento profundo de la importancia que representa la conducta de otra persona, ante lo que se retiene cierto grado de objetividad y, sin embargo, hace intervenir las experiencias intelectuales, emotivas y motivadoras de la otra persona.

La ética del bien morir sugiere que la atención al paciente desahuciado incluya:

- El alivio oportuno del dolor.
- El alivio al sufrimiento.
- El respeto al derecho de la persona a rehusar tratamiento.
- El proveer una atención a la salud de forma que la persona y su familia no lleven a costas la carga de la situación sin apoyos.
- Manutención de esperanza real.
- No permitir aislamiento y soledad.
- Manutención de su independencia.

Todo lo anterior se considera teniendo en mente la unicidad del paciente ante su situación en particular. Ahora bien, ¿cuáles son las *necesidades físicas, psíquicas y espirituales* a satisfacer en estas personas? ¿Cómo logramos *identificarlas*?

La *identificación* se logra a través del proceso de escuchar y de observar la comunicación corporal del propio paciente, que va más allá del sólo oír y ver. El incursionar en el mundo del paciente moribundo requiere del aprender a leer expresiones corporales, a interpretar mensajes verbales y no verbales. Al hacer esto encontraremos que la muerte puede ser para algunos dulce, pacífica y serena; situación que fácilmente pudiera escapar a la interpretación de quienes quedan aún con vida.

El temor que se cierne en nuestra actitud ante el moribundo tiene que ver con nuestro estar involucrados en forma genuina en el hacer y el otorgar atención. Cuando seamos capaces de traspasar nuestro rol cotidiano de médico o enfermera ante el paciente terminal y empecemos a cuestionar el proceso de muerte, la persona entrará en la esfera de la esperanza, alegría, expectación y crecimiento personal que otorga cada experiencia vivencial; recordemos que esta es la última experiencia de aprendizaje.

El morir es el camino hacia el *no-ser*, hacia el aniquilamiento físico. En el proceso de morir puede haber grandes cargas de dolor, impedimento corporal, culpabilidad y angustia mental. La muerte es, pues, el estado de no ser. El hombre no puede conceptualizar su propia muerte justamente por ese estado de no ser. Sin embargo, puede concebir el proceso de su muerte y el no ser de otra persona. Así pues, la mayoría de las personas tenemos más miedo y temor hacia el proceso de muerte, que a la muerte en sí.

Las *necesidades fisiológicas* del proceso agónico son de importancia pues tiene una correlación con dicho proceso y con frecuencia son ignoradas, concentrándose más en las psicológicas y espirituales. El otorgar una atención verdaderamente integral y propositiva implica satisfacer estas necesidades con iniciativa, pues por lo general ni siquiera son requeridas por el paciente. Algunas de estas necesidades son: la pérdida progresiva de la sensación, la capacidad motora y los reflejos, primero de las piernas y luego de los brazos del paciente. Por esto, las sábanas y/o el cobertor que le cubren no deberán estar ajustadas y es importante hacer cambios de posición frecuentes, poniendo especial atención a la postura correcta de las piernas y la alineación corporal.

Otra característica del proceso agónico es que, al fallar la circulación periférica se produce la sudoración fría y profusa de la superficie corporal baja, sin importar la temperatura ambiental. Esta diaforesis es más notoria en la parte superior del cuerpo. La temperatura interna se eleva y la mayoría de los pacientes no tienen conciencia de tener frío, a pesar de sentirse físicamente así. La inquietud está dada por una sensación de calor interno, por la que avientan la ropa de la cama (aquí basta con ofrecer ropa libre de arrugas, fresca y ligera, y con aire circulante). También vale la pena hacer saber a los familiares que, aunque el paciente siente frío, su temperatura es alta. En ocasiones habrá que mojarle los labios para que pueda expresarse.

El paciente moribundo tiende a girar la cabeza hacia la fuente de luz al irle fallando la vista y sólo ve aquello o aquel que está cerca. Por ello deben permanecer muy cerca sus familiares y nunca debe oscurecerse la habitación; además, al paciente le falla el oído, por lo que no se debe hablar en secreto y procurar contestar todas las preguntas en forma honesta.

El sentido del tacto también está disminuido, pero percibe la presión que pudiéramos ejercer al tocarlo. Con el tocar logramos transmitir aceptación, compañía, cariño y, sobre todo, el saberse acompañado en este trance. Pudiera parecer que en el proceso de muerte el paciente está con dolor, sin embargo, si todas sus necesidades se encuentran cubiertas en esta fase de aceptación final y él se ha podido despedir de sus seres queridos, es muy probable que requiera de poca o nula medicamentación. Generalmente el paciente moribundo está consciente hasta el final, por lo que debemos otorgar atención total. Al estar el paciente consciente, él es en su morir la persona que ha sido en su vivir.

Las *necesidades espirituales* surgen con mayor frecuencia al final del día. Si el paciente ha tenido un fuerte componente religioso o espiritual en su vida, va a querer hablar de ello y compartirlo con quienes le rodean. Esto tiende a suceder al atardecer o durante las noches de insomnio. La propuesta aquí sería el contar con servicios de apoyo espiritual las 24 horas del día.

Cabe hacer mención de la importancia de la valoración de enfermería como parte del proceso de atención, al identificar aquellos componentes culturales y espirituales que tiene la persona, para con ello reforzarlo y no imponer los nuestros.

Parece haber un intervalo de paz que antecede al acto final de la vida, el morir. Aquellos pacientes conscientes hasta el final invariablemente han dicho que no hay sufrimiento alguno. Un médico inglés susurró justo antes de morir...“Si tuviera la fuerza para sostener una pluma, escribiría cuán fácil y placentero es morir”. (Hunter, W.)

Necesidades psicológicas. Nadie reacciona de igual manera al morir ni ante la muerte y, sin embargo, muchos de los eventos psicológicos del morir y del duelo se suscitan en fases características.

Por otro lado, también es cierto que estos pacientes tienen una serie de temores, válidos todos ellos, a los que podemos adelantarnos si estamos interesados en ayudar, y que son:

- * Temor al dolor.
- * Temor a la soledad.
- * Temor a la sensación de falta de sentido de su vida.
- * Temor a la pérdida de identidad, autocontrol y del propio cuerpo.
- * Temor a lo desconocido.

El temor al dolor es el más agudo y realista. Para poder aliviarlo o aminorarlo hay que asegurar al paciente constantemente, en palabra y acción, que se le suministrarán los medicamentos requeridos. Además, el tocar es una manera de liberar endorfinas, las cuales ayudan al control del dolor. También a la familia se le puede ofrecer el consuelo de que en el proceso final de la muerte no hay o hay poco dolor.

La soledad, otro gran temor, tiene en sí una profunda relación con el dolor. Es sabido que el paciente que se encuentra solo es quien padece el dolor más intenso, por lo que debemos estar dispuestos a acompañar al paciente en ratos de soledad, recordando que las peticiones de compañía serán manifestadas en forma verbal, pero más frecuentemente en forma no verbal, más bien simbólica, o bien a través de múltiples peticiones.

En general el adulto y el niño mueren al tener alguien con ellos; en el caso del anciano es frecuente que muera solo y por la noche, por lo que uno de los temores más arraigados en ellos es dormir. A veces se pregunta uno ¿Por qué será que algunos de los pacientes desahuciados o agónicos temen dormir? ¿No será el temor a morir solos, más que la posibilidad de morir dormidos?

Uno pensaría que toda una vida, por corta o larga que haya sido, bien merece una ceremonia o rito de pasaje acompañado de otros en su acto final. Cabe hacer mención que este acompañar a la persona en su acto final no implica conversaciones, sino más bien la simple presencia del otro ser humano, el cual con su sola presencia es capaz de negarle la sensación de abandono. Esto tiene gran relevancia en las salas de pediatría, en las que la ausencia de la madre, por corta que sea, da al niño una fuerte impresión y sensación de abandono. En el caso del anciano, el temor existencial de la separación, como la expresión máxima de la soledad, es manifestada como agresión u hostilidad hacia otros: personal hospitalario, familiares, amigos, o bien, Dios.

Por lo anterior, es importante que no se tomen estas conductas en forma personal, sino más bien hacer una interpretación del porqué se suscitan e intervenir en forma oportuna. Al paciente deberá siempre

dársele la libertad de expresar su rabia, enojo, hostilidad o depresión, pues esto también ayudará a mantener cierto grado de higiene mental.

El temor, muy íntimo y personal, *de que su vida no ha tenido sentido* es muy particular. Es difícil imaginárselo y más aún manejarlo. En general, el ser humano tiene una búsqueda continua por darle sentido a su vivir: parece ser que no se busca el vivir por siempre, sino el que nuestra vida tenga sentido; se busca con ello lo que mantiene la fuerza del ego, siendo que a través de la voluntad y las funciones imaginativas se sigue dando propósito a la vida.

Los temores en asociación a la identidad, autocontrol y la pérdida progresiva del propio cuerpo son en gran parte una conceptualización del autoconcepto. Al distorcionar la enfermedad al cuerpo, no sólo existe la presencia de este desgaste y la pérdida física, sino que afecta la autoimagen y la autointegridad. Lo anterior propicia sentimientos de impotencia, vergüenza, desgracia y la no-aceptación por otros. El temor a lo desconocido es causa o razón de búsqueda, cuestionamientos y dudas a través de la historia del hombre. Estos momentos son de ambivalencia, sobre todo para aquellos con un sistema religioso practicado durante su vida.

Otro punto que quisiera mencionar es el permitirle al paciente que se despida de sus seres queridos. Digo esto por aquellos pacientes que mueren sin haberseles permitido despedirse específicamente de su hijos pequeños, que por políticas institucionales no se les permite visitar a la madre o padre enfermo. ¿Por qué como enfermeras corremos muchos riesgos haciendo cosas que las normas hospitalarias no nos permiten y, sin embargo, no somos capaces de permitir ese encuentro para un despedirse por última vez?

Finalmente, sólo quisiera hablar un poco del paciente en estado crítico que nos llega al servicio de urgencias, donde la prioridad está sobre el aspecto físico para tratar de salvarle la vida. Estos pacientes, si están conscientes, generalmente saben o reconocen la gravedad de su estado y por ello es de gran importancia el hacerles saber que no están solos. Pregunten a quién quisieran avisar, así como el qué podríamos hacer por ellos en ese momento. En ocasiones habrá que hacerles saber dónde están y qué sucedió.

En resumen, el rol principal de la enfermera ante el paciente desahuciado es el rol de ayudante a bien morir, recordando que la muerte

es un proceso altamente individual y que ante ella hay que tener presente la necesidad de mantener la dignidad de la persona y ofrecerle calidad de vida y esperanza no falsa mientras haya vida. Debemos evitar la negación a la vida, no permitiendo el aislamiento y la soledad para estos pacientes. Debemos tener en mente, como resumió el Dr. Ignacio Chávez, que todo paciente tiene derecho a:

1. Que se respete su vida y su integridad física.
2. A recibir atención médica y enfermería impartida con los recursos de la ciencia y toda devoción.
3. A que se respete cabalmente su dignidad de ser humano, lo mismo en vida que a la hora de morir.
4. A saber la verdad de su estado de salud, para los preparativos que juzgue necesarios, y
5. A que el médico y la enfermera guarden en secreto las confidencias que les haya hecho.

Recordemos que la persona desahuciada está ante la confrontación con aquello que pudiera constituir una crisis de falta de conocimientos, esto hacia su muerte, la cual es una amenaza.

Reconozco que mucho de lo que he dicho aquí es más fácil decirlo que hacerlo, pero también considero que es un cambio que le compete asumir a la enfermería de hoy: atención digna e integral al paciente moribundo. Es por esto que en el vivir cotidiano de la fase del morir no se debe estar solo, sin contacto humano. La persona que se encuentre en su proceso de muerte puede aprender a manejar niveles de separación y, sobre todo, con la dignidad que merece la persona como unidad bio-psico-social y espiritual, como ser único y singular.

Referencias Bibliográficas

- KUBLE-ROSS, E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Editorial Grijalbo, México 1980.
- CHAVEZ, I., *Morir digno y decisión médica*, en Eugenesia y Eutanasia Médica. Simposio Syntex, México 1978.
- BARTON, D., *Dying & death. A clinical guide for caregivers*, The Wms & Wolkins Co., Baltimore, 1977.
- EPSTEIN, C., *Nursing the dying patient. Learning processes for interaction*, Reston Publ. Co. Nueva York, 1975.
- BABB, P., *Aspectos éticos del bienmorir*, Trabajo presentado en el Congreso Mundial de Salud Mental. México, D.F. 1986.

BABB, P., *Muerte en la vejez, fenómeno natural*, Revista Mexicana de Geriátría y Gerontología, Año 1 No. 1. México, 1984.

BABB, P., *Aspectos psicosociales en la atención de enfermería al paciente moribundo*, Revista de Enfermera al día. Julio-Agosto. México, 1984.

BABB, P., *Issues on death & dying among elderly patients with cancer*, Trabajo presentado en la Séptima Conferencia Internacional de Enfermería Oncológica. Viena, Austria, Agosto 1992.



Jaipur, India

Obispos católicos de Nueva York: Documento sobre la distribución del preservativo en las escuelas públicas

Del Magisterio Episcopal

Resumen

El Vescovi católico de Nueva York publicó el 18 de noviembre de 1992 un documento sobre la distribución de condones en las escuelas públicas de Nueva York en respuesta al problema del SIDA, el cual publicamos a continuación:

A nuestros conciudadanos en el estado de Nueva York:

En la actualidad la atención de nuestra nación está enfocada en la gran tragedia del SIDA y cada día vemos morir a nuestros hijos e hijas, hermanos y hermanas, vecinos y amigos, debido a esta mortal enfermedad.

La manera insidiosa en que el SIDA devasta a los individuos y acaba con la vida humana produce en nosotros una gran compasión por aquellos que están infectados, aquellos en riesgo de contagiarse y en nuestra sociedad completa. Nuestra preocupación compele una respuesta empapada en nada menos que el pensamiento profundo y suplicante dirigido hacia la integridad, la salud, los valores morales y hacia el resanar nuestra sociedad.

Hoy, las escuelas públicas de educación media de la ciudad de Nueva York distribuyen condones gratuitamente a los estudiantes que los solicitan, y las escuelas en otros distritos están considerando imitar esos planes. Las farmacias, tiendas de abarrotes y tiendas de regalos promueven descaradamente la ilusión del “sexo seguro” mediante el uso de preservativos. Además, la música rock vende el sexo sin responsabilidad,

y la televisión usa al sexo para vender todo, desde pantalones de mezclilla hasta automóviles.

Como líderes morales, nosotros, los obispos del estado de Nueva York objetamos la distribución de los preservativos en las escuelas públicas, considerándola una irresponsable política educativa en respuesta a la crisis del SIDA. Tal acercamiento va en contra del respeto por la dignidad humana de la juventud y desprecia el regalo de la procreación de la sexualidad humana. También socava el derecho primario de los padres de guiar y criar a sus hijos.

Como maestros, también objetamos fuertemente la distribución del condón en las escuelas públicas bajo razones prácticas y, basados en nuestra revisión de la literatura e investigación intelectual, cuestionamos seriamente la efectividad de tales programas.

Por ello, como maestros, como pastores y amigos, compartimos nuestras preocupaciones con ustedes, la gente del estado de Nueva York.

Los preservativos no son la respuesta

Nosotros creemos firmemente, bajo los criterios moral y práctico, que distribuir condones a los jóvenes no es un acercamiento adecuado a la epidemia del SIDA. Es sólo un ejemplo más del enfoque de reparación precipitada, del parche o “curita” de la sociedad norteamericana hacia los problemas. Para ayudar a nuestra juventud a entender los aspectos de la sexualidad humana, debemos mirar con más profundidad y trabajar más duro para hacerles llegar el mensaje correcto. Este consiste en que la sexualidad humana es bella, poderosa, sagrada y buena. Es un regalo de Dios que debemos usar de manera responsable y moral.

Como líderes de la Iglesia, estamos conscientes de las actividades en las que algunos adolescentes pueden estar comprometidos. Sabemos que hay algunos involucrados en la actividad sexual; otros beben alcohol, otros usan *crack* y armas de fuego. En los últimos casos, la sociedad no duda en decirles: “Hay un mejor camino, no te involucres en esas actividades”. Se pensaría que es ridículo distribuir cervezas, drogas o armas gratis en las escuelas, sin embargo, ofrecemos gustosamente una falsa seguridad a los niños en la forma de condones, fomentando con ello, y tácitamente aprobando, la actividad sexual peligrosa.

El significado que envía tal mensaje a los jóvenes es el siguiente “no tenemos fe en ustedes”, les dice que los adultos nos declaramos vencidos y agotados y que damos por hecho que ellos tomarán el camino equivocado. Señala un desinterés total por la dignidad de nuestros jóvenes al sugerir que son incapaces de llevar una conducta moral consistente con su ética judeo-cristiana. Hemos estimado la desesperanza de los jóvenes por debajo de nuestras expectativas y retos.

En el momento de la incertidumbre adolescente, de la maduración sexual y del cuestionamiento sin paralelo, deberíamos ofrecerle dirección y guías claras a la gente joven. Deberíamos darles un mensaje de esperanza, fe, autovaloración y autorespeto. Nosotros *creemos* en la dignidad de nuestros jóvenes, creemos que con las guías adecuadas, con el involucramiento de los padres y con programas dirigidos a incrementar el autoestima, nuestra juventud responderá al mensaje de vivir sus vidas con base en actitudes sexuales sanas y en los valores que promueven la abstinencia sexual.

Hay un mejor camino.

Dimensiones morales

Nuestra sexualidad es un regalo de Dios. Las relaciones sexuales son el acto más íntimo y bello del amor entre dos personas casadas. ¡Imagina! ¡Un amor entre dos personas, tan grande, tan poderoso, que su lazo físico y emocional tiene la capacidad de producir otro ser humano cuando se unen!

Deberíamos enseñar a nuestros niños a tener reverencia y respeto por ese acto, ya que refleja el compromiso total que comparten los esposos. Es un amor completamente incondicional y libre de egoísmos, y es expresado en el acto sexual. Es un signo de fidelidad, aceptación, compromiso y cercanía compartida por los amantes casados. Debemos hacerles comprender a nuestros niños que mientras más poderoso sea el don debemos ser más cuidadosos y responsables al usarlo.

El lazo emocional que ocurre durante la actividad física genital entre dos personas puede no ser comprendida completamente por aquellos que promueven los condones para los adolescentes. Los jóvenes que tienen actividad sexual premarital también llegan a sentir este lazo, y son

profundamente heridos cuando una relación casual, sin compromiso, termina. Los sentimientos de vacío, pérdida y culpa son frecuentes cuando uno se entrega completamente a otro, sólo para ser arrojados a un lado cuando llega un nuevo “novio” o “novia”.

Los niños experimentan un crecimiento emocional, físico, social, psicológico y espiritual extremadamente rápido durante sus años adolescentes. Nuestra cultura promueve la actividad sexual de los jóvenes como una solución a sus necesidades, dudas, deseos y preguntas, pero nuestros niños no necesitan someterse a un trauma emocional mediante la actividad sexual temprana. El sexo casual, premarital, empobrece al sexo. La gente joven necesita escuchar que hay una mejor manera, que el sexo responsable y con significado involucra el amor, el compromiso y el respeto.

Dimensiones prácticas

Hay evidencia que revela que los preservativos no proveen una protección confiable contra el embarazo o contra una enfermedad mortal como el SIDA. El índice de fallas del preservativo para prevenir un embarazo ha sido estimado desde el 10 al 52%, con fallas calculadas como el porcentaje de mujeres que experimentaron un embarazo no deseado utilizando el método anticonceptivo durante el transcurso de un año. En 1981, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud encontró un índice del 10.1 por ciento.¹ Actualmente, los promotores de planificación familiar citan un índice del 14.6 embarazos durante el primer año de uso,² y en un estudio reciente en Manchester, Inglaterra, se encontró que el 52% de los usuarios del preservativo experimentaron una ruptura o escurrimiento durante los primeros tres meses de uso.³

Estos índices de fallas de los condones son reportados en estudios relativos a la planificación familiar y el embarazo. Los estudios relativos al uso del preservativo como protección contra el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) son relativamente nuevos, pero sugieren un índice de fallas de, por lo menos, el 17%.⁴ (ver el apéndice A).

¿Se imagina a sí mismo dándole a sus niños un cereal que ha causado la muerte el 17% de las ocasiones? ¿O comprándoles coches que sabemos que tienen un 17% de probabilidades de tener una falla mecánica?

Nosotros no les entregamos a nuestros niños cigarros con filtro diciendo: “si debes fumar, usa estos, reducen el riesgo”, en forma similar, no debemos decirle a nuestros hijos que practiquen el así llamado “sexo-seguro” con preservativos. En vez de eso debemos decirles “el sexo es un regalo de Dios para el matrimonio. Espérate. Nosotros no deseamos que este regalo de dar la vida, grandioso acto, sea transformado en un acto de muerte y destrucción para tí. Tú eres demasiadopreciado. Tú eres único. El futuro te espera”.

Del mismo modo, la evidencia empírica del impacto de los programas de anticoncepción adolescente no apoya la distribución de preservativos a éstos. La investigación que se ha llevado a cabo —a partir de que los programas anticonceptivos han sido subsidiados por el Gobierno Federal— indica que el impacto global o generalizado ha sido de agravar e incrementar los problemas asociados con la actividad sexual del adolescente: fallas de los anticonceptivos, embarazos no deseados, abortos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual (ver apéndice B).

Es importante recordar, y comunicar, que la falla del condón que resulta en un embarazo ocurre durante la transmisión de un fluido particular, del hombre a la mujer, sólo durante el período fértil del ciclo menstrual de la mujer (cerca del 30% del tiempo). La transmisión del SIDA puede ocurrir a través de la transmisión de una variedad de fluidos corporales, tanto del hombre como de la mujer, y no está limitado a un solo período de tiempo. Es 100% fatal el 100% de las veces.

El repartir preservativos a los adolescentes en la escuela bajo el disfraz de “sexo seguro” es muy similar a promover el juego de la Ruleta Rusa —ambos juegos son mortales. Por otro lado, además de que no son usados correctamente, los preservativos con frecuencia se rompen, se rasgan, se resbalan, se dañan durante su transportación y distribución, y son expuestos a condiciones extremas de frío y/o calor, que producen raspaduras, resequedad, pérdida de tensión y elasticidad así como encogimiento. Periódicamente, los condones defectuosos son distribuidos por los productores, sólo para ser recogidos poco tiempo después. Para algunos, la recolección puede darse demasiado tarde.

El Dr. Robert C. Noble, profesor de medicina y médico de enfermedades infecciosas de la Universidad de Kentucky, escribió recientemente: “Distribuir preservativos a los adolescentes es como usar

pistolas de agua para apagar un incendio. Los condones simplemente no lo detienen.⁵

Hay un mejor camino.

Alternativas al preservativo

Como Iglesia, creemos firmemente que debemos discutir el sexo abierta y honestamente con los niños, respondiendo a todas sus preguntas. Muchas de nuestras diócesis han instituido una clase de sexualidad humana en sus escuelas católicas y programas de educación religiosa. Estos programas reflejan sólida información científica y psicológica, la enseñanza de la Iglesia y una clara comprensión de los retos que enfrentan los adolescentes actualmente. Enfatizan el valor de cada persona, el regalo de la sexualidad, el involucramiento de los padres y la importancia de la familia.

Hay otros programas, no asociados específicamente con la Iglesia, que enseñan el valor de la castidad y de los positivos, saludables resultados de abstenerse de la actividad sexual premarital. *Project Respect*, desarrollado en Illinois, ha demostrado recientemente un índice de embarazos 45% inferior entre estudiantes de segundo y tercer grado de educación media que cursaron la materia de *respeto al sexo*.⁶ El programa *Fertility Appreciation for Families*, que promueve la abstinencia, el respeto por la vida, los valores morales y su discusión con los padres, halló que los índices de embarazo entre los participantes de 15-19 años, era 95% inferior al resultado nacional⁷ (ver el apéndice C).

Entonces, por qué evadir los programas de abstinencia o por qué responder con desparpajo que ya han sido intentados y han resultado defectuosos, cuando de hecho están funcionando? Nosotros creemos que proponer la abstinencia y al mismo tiempo promover la ilusión del “sexo seguro” mediante el uso del preservativo simplemente no sirve y no va a funcionar.

La abstinencia sexual es el único método que previene un embarazo no deseado y la transmisión del SIDA con un índice de efectividad del 100%. Las regulaciones educativas del estado de Nueva York reconocen esto y piden que la educación relativa al SIDA “realce la abstinencia como la protección premarital más efectiva y apropiada contra esa infección”.⁸

Todas las escuelas en el estado, incluyendo las católicas, deben educar a los jóvenes respecto a la naturaleza y causa de esta enfermedad mortal. Es crítico que los niños y jóvenes adultos, así como los adultos, conozcan la verdad acerca del virus del VIH y de la enfermedad del SIDA.

También es vital que las escuelas sean estimuladas a hacer su trabajo de impartir los conocimientos y las estrategias básicas para vivir. Las escuelas pueden ayudar a mitigar la crisis del SIDA mediante la enseñanza de hábitos responsables de pensar y vivir, disciplina y valores morales. También pueden motivar a los jóvenes a involucrarse en la preparación para el trabajo, en actividades atléticas y creativas que sean significativas.

Autoridad paternal y unidad familiar

Los estándares para los adolescentes que están creciendo en la sociedad de hoy deberían ser fijados por la familia y reforzados por la escuela. Los padres son, y siempre han sido, los educadores primarios de sus hijos. Habiéndoles conferido la vida en la presencia de Dios, tienen el derecho y la responsabilidad de guiar el crecimiento y desarrollo de sus hijos, de infundirles los valores que desean inculcar.

Urgimos a los padres, tutores, guardianes, maestros y parientes adultos a desafiar a los jóvenes a llevar vidas de autorespeto moral, a decir no a los males morales que dañan su dignidad, sus cuerpos, sus mentes y sus espíritus. Urgimos a los padres a mostrarles a sus hijos que son importantes para ellos, a apagar la televisión y a pasar tiempo de calidad con ellos. Los urgimos a demostrarles a sus niños, con sus propias acciones, que la familia es un valor importante.

Trágicamente reconocemos que un creciente número de niños de Nueva York viven actualmente sin ningún tipo de supervisión familiar, ya sea materna o paterna. Estos pequeños, muchos de los cuales son marcados por años de abuso, de negligencia y por vivir a un lado del mundo de las drogas, el SIDA y las armas, merecen nuestro especial amor e interés. Todos los modelos de rol de adulto, guardianes y personas en relaciones *paternales* con estos niños deberían ser sensibles, compasivos y consistentes en transmitirles el mensaje de que los niños son individuos únicos y preciosos y que la actividad sexual es sagrada.

Urgimos a los padres, maestros, tutores y a todos los adultos, a que pongan el ejemplo como gente amorosa, moral y casta, los urgimos a inspirar a los jóvenes a nuevas alturas y a desafiarlos a que sean todo lo mejores que puedan ser.

Conclusión

Estamos confrontados por una enfermedad que mata. Este no es momento para la retórica, para débiles disculpas o para tomar una salida fácil. Es el momento de hablar con la verdad.

Hacemos un llamado a aquellos involucrados en la elaboración de políticas e implementación de programas en las áreas de educación y atención de la salud para hacer todo aquello que está a su alcance para desalentar la solución “parche” de la distribución de preservativos y a promover la abstinencia sexual como un estilo de vida saludable para nuestros jóvenes. Nosotros los obispos estamos más que dispuestos a trabajar con ustedes en esta importante tarea.

Hacemos un llamado a los padres, tutores, maestros, consejeros, y a todos aquellos involucrados en las agencias de educación y atención de la salud en nuestro estado, a decir la verdad, decirla en voz alta y de manera clara y continua, porque nuestros jóvenes no pueden vivir con menos.

Apéndices

A. Preservativos y seguridad

Es perturbante que en los 10 años de la epidemia del SIDA tengamos tan poco conocimiento documentado de la eficacia del condón para prevenir el contagio del virus del VIH. Los índices de fallas relativos al uso del condón para prevenir el embarazo, sin embargo, son bien conocidos y están bien documentados, tal como lo indica la investigación citada a continuación.

Las dificultades inherentes al uso del condón entre adolescentes —falla del condón, falla en el uso, problemas de manufactura, etc.—

deberían servir de evidencia contra aquellos que defienden los programas de distribución de condones en las escuelas. El falso sentido de seguridad generado por el llamado “sexo seguro” es una amenaza potencial para la vida de nuestros hijos.

Información adicional

1. La edición de agosto 28 de 1988 del *Medical World News* reportó lo siguiente:

“Dr. David Cohen, director del área de control de enfermedades del *Denver Disease Control Service* reportó un alto índice de rupturas del condón entre participantes homosexuales. El estudio longitudinal de la reducción de riesgos fue patrocinado por el Centro de Control de Enfermedades. Cerca del 30% de los hombres que reportaron el uso del condón en sexo anal dijeron haber experimentado por lo menos una ruptura en los seis meses anteriores”.

2. En 1991, en una encuesta respecto a los clientes que utilizaban el preservativo como planeación familiar, la enfermera e investigadora Deborah J. Oakley de la Universidad de Michigan halló que sólo el 1% de la gente los utilizaba correctamente. La investigación, publicada en el periódico *USA Today* del 31 de diciembre de 1991, halló que sólo el 1.3% de los 388 clientes seguía los pasos para el uso apropiado del preservativo.

3. Otros estudios confirman que el índice de fallas del preservativo en adolescentes es consistentemente más alta que para los adultos. El estudio *National Survey of Family Growth*, conducido por el *National Center of Health Statistics* y reportado en el ejemplar enero-febrero de 1992 de la revista *Family Planning Perspectives* halló que el índice de fallas del preservativo en parejas de adultos, casados y de bajos ingresos es del 13.8%, este porcentaje brinca a un 51.3% para aquellos menores de 20 años.

B. Programas anticonceptivos

Durante las últimas dos décadas, los promotores de la planificación familiar han defendido el libre acceso a los anticonceptivos como la solución a los embarazos en adolescentes, así como a los problemas

asociados. Trágicamente para nuestros jóvenes, este acceso ha dado como resultado un incremento en los embarazos en adolescentes, abortos, enfermedades y pérdida de la autoestima.

En 1985, los investigadores Stan E. Weed y Joseph A. Olsen estudiaron los efectos de los programas anticonceptivos para adolescentes en relación a los índices de nacimientos y embarazos durante la adolescencia (ver *Family Perspectives*, 20:3, 1985, p. 190). Ellos encontraron que:

“En vez de darse la esperada reducción de embarazos en adolescentes, el incremento de la participación de éstos en los programas de planeación familiar estuvieron asociados con índices significativamente más elevados de embarazos en adolescentes”.

Hallaron que la reducción del índice de nacimientos en madres adolescentes que siguió a tales programas fue el resultado de un incremento en la confianza en el aborto, no el decrecimiento de los embarazos entre adolescentes.

La documentación respecto a la ineffectividad de los programas anticonceptivos para adolescentes ha sido consistente en la literatura a lo largo de la pasada década. Una muestra de los estudios y sus conclusiones se relata a continuación.

Uso de anticonceptivos por adolescentes

1983. Durante un período de 15 meses, seis de cada 10 jóvenes pacientes que reciben un anticonceptivo en una clínica de planeación familiar no pudieron utilizarlo de manera consistente. Dado que estas jóvenes mujeres recibieron mayor seguimiento que lo usual como parte de un estudio especial, es probable que el índice de discontinuación entre la mayoría de las pacientes de la clínica sea incluso más elevado. (FURSTENBURG, et. al., *Contraceptive continuation among adolescents attending family planning clinic*, *Family Planning Perspectives*, 15:211, 1983).

1984. “En el transcurso del año siguiente en que una paciente adolescente recibe una receta de un método anticonceptivo, una de cada ocho pacientes tiene un embarazo; durante los dos años siguientes el índice es de casi una de cada cuatro. Entre las pacientes negras de las clínicas el índice es incluso alarmante, 2 de cada 10 se embarazan en el

siguiente año y cuatro de cada diez lo hacen en el transcurso de los dos años siguientes. El hecho que permanece es que el acudir a una clínica de planificación familiar y obtener un método de contracepción no da por resultado la prevención de un subsecuente embarazo prematrimonial entre una importante proporción de las pacientes adolescentes”. (LINCOLN, R., *Clinic Teenagers' high pregnancy rate*, Medical Tribune, mayo 22, 1984).

1985. “En la mayoría de los métodos, las mujeres menores de 22 años tienen casi el doble de probabilidades de experimentar el fallo de los anticonceptivos que aquellas de 30 o más años. El 12% de estas (adolescentes solteras) que siempre usan algún método anticonceptivo (experimentan una falla)... Las mujeres con un ingreso familiar anual debajo de los 10,000 USD tienen de dos a cuatro más posibilidades de experimentar una falla”. (*Issues in Brief*, vol. 5:4, The Alan Guttmacher Institute, January 1985, p. 2-3).

1985. “La continuidad del paciente (en el uso de los métodos anticonceptivos) constituye un verdadero reto a los practicantes de las clínicas de salud. Muchas adolescentes dejan de usar los anticonceptivos de manera continua y correctamente, incluso después de que lo han obtenido... El contacto frecuente con los contraceptivos es importante”. (KIRBY, D., et. al., *School-based clinics: An emerging approach to improving adolescent health and addressing teenage pregnancy*, Center for Population Options, p.8).

1986. El *Young Parent Program del Children's Hospital* ha encontrado que el “aumento en el acceso al control natal no altera significativamente el índice de segundos embarazos en adolescentes. A pesar de que el incremento de asesoría respecto a la anticoncepción es una parte integral de dicho programa, y que el 50% de las pacientes declaran usar los anticonceptivos orales después de su primer embarazo, el programa mostró un índice de repetición de embarazo del 17.9%, compatible con el promedio nacional”. (*Birth control access not factor in teen repeat pregnancy rate*, Ob-Gyn News, Enero 114, 1986).

1986. Los investigadores del *Family Planning Council of Southeastern Pennsylvania* reportan que los adolescentes que reciben *seguimiento intensivo* y otros *servicios especiales* tenían el mismo índice acumulativo de embarazo en los siguientes 15 meses (cerca del 13%) como el grupo de control que simplemente había recibido los anticonceptivos en una

clínica. (HERCOG-BARON, et. al., *Supporting teenagers' use of contraceptives: A comparison of clinic services*, Family Planning Perspectives, Vol. 18, No. 2, marzo-abril 1986, pp. 61-66).

1986. El porcentaje de solteras (menores de 18 años que intentaban evitar un embarazo) que tienen un embarazo no planeado en el primer año de uso de anticonceptivos es, por método: pastillas, 11%; DIU, 10.5%; preservativo, 18.4%; diafragma, 31.6%; espermicidas, 34%. (GRADLY, WM. et al., *Contraceptive failure in the U.S.*, Family Planning Perspectives, Vol. 18, No. 5, septiembre-octubre 1986, p. 207).

1988. "En San Francisco, después de un año en que la información de salud pública relativa al SIDA intensificó la percepción de que los condones prevenían las enfermedades transmitidas sexualmente y se mantenía en alto el valor y la importancia de prevenir estas, no se reflejó una reacción ni en la intención de usar condones ni en el uso de ellos" por parte de los adolescentes. (KEGELES, S., et. al., *Sexually active adolescents and condoms: Changes over one year in knowledge, attitudes and use*, American Journal of Public Health 78:4, 1988, p. 460).

1991. "Proporcionar anticonceptivos en el lugar no era suficientemente significativo para incrementar su uso... Ninguna de las clínicas tuvo un efecto significativo en los índices de embarazo escolar... A una proporción sustancial de jovencitas las clínicas no les proporcionaron las pastillas anticonceptivas con la frecuencia necesaria para tener una cobertura constante. (KIRBY, D., et. al., *Six school-based clinics: Their reproductive health services and impact on sexual behavior*, Family Planning Perspectives, Vol. 23, No. 1, enero-febrero, 1991, pp. 616).

C. Programas de abstinencia

En agudo contraste con las investigaciones relativas a los programas de anticoncepción para adolescentes, los estudios que siguieron a los programas de abstinencia de los adolescentes muestran logros en el cambio de actitudes así como de conductas sexuales. La sociedad debe reconocer el fracaso de enseñar a los adolescentes a confiar en la tecnología anticonceptiva más que en los valores y fuerzas que hay en ellos mismos.

Los programas basados en la abstinencia, tales como los que se citan a continuación, son una gran fuente de libertad para los adolescentes. Con ellos, los jóvenes se encuentran:

- libres del embarazo y maternidad adolescente,
- libres de las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA,
- libres del trauma del aborto,
- libres de la ansiedad por defraudar a los padres,
- libres del remordimiento, culpa, arrepentimiento y pérdida del autoestima,
- libres para desarrollar control en la toma de decisiones
- libres para elegir a un compañero de vida con base en el amor, conocimiento, comunicación y amistad.

Información adicional

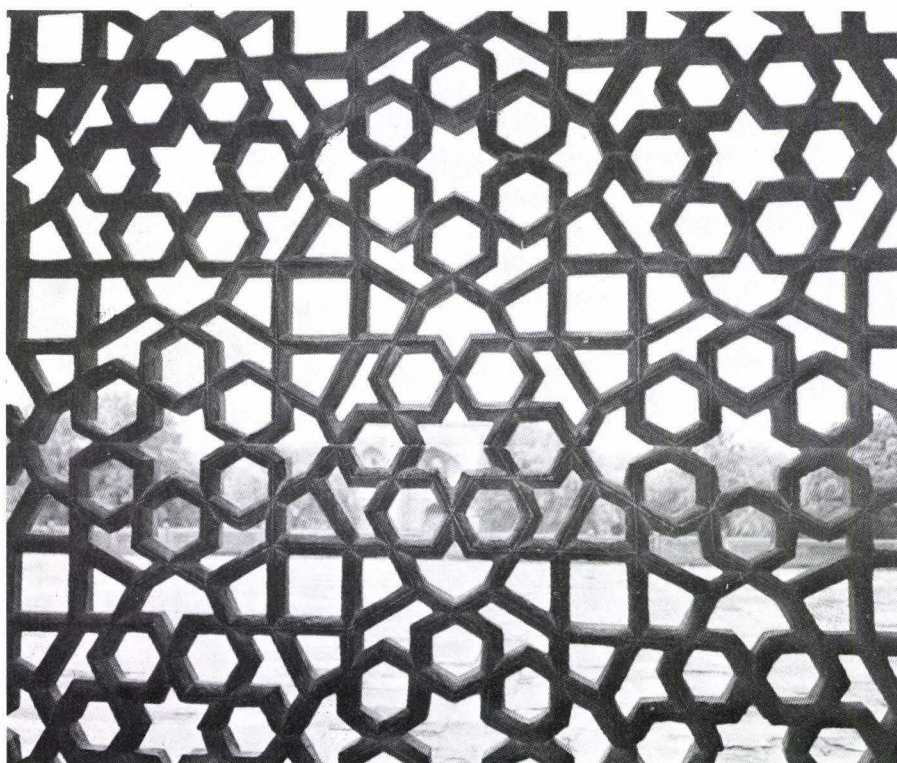
A. *Campaign for Children* inició en Baltimore en 1987, y ha mostrado éxito en su meta de promover la abstinencia sexual entre los niños de 9 a 14 años. La campaña ha sido acreditado como el factor para bajar los índices de natalidad en más del 10% y del aborto en 16%, entre 1988 y 1990. En la *Lemmel Middle School* de Baltimore, donde el programa es usado, los embarazos entre los estudiantes se cayeron en un 75% en el año escolar 1990-1991. (Catholic News Service, *Just say "no" teen chastity programs showing some success*, The Long Island Catholic, enero 15, 1992, p. 12).

B. Un reciente estudio de un periódico de planeación familiar revela que los alumnos de segundo de secundaria en un programa de abstinencia sexual tienen cinco veces menos probabilidades de tener relaciones sexuales que aquellos que no han recibido asesoría en abstinencia. (HOWARD, M., y MCCABE, J.B., *Helping teenagers postpone sexual involvement*, Family Planning Perspectives, 22:1 enero-febrero 1990, pp. 21-26).

Referencias bibliográficas

1. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Publication No. PHS-80, 1981. Documented condom failure rate: 10.1 percent.

2. TRUSSELL, J., WARNER, D.L., and HATCHER, R.A., *Condom slippage and breakage rates*, Family Planning Perspectives 1992, 24, 1:22. Documented condom failure rate: 14.6%.
3. KIRKMAN, R., MORRIS, J., and WEBB, A., *User experience: mates*, The British Journal of Family Planning 1990, 15:107. Documented condom failure: 52%.
4. FISCHER, DICKINSON, SCOTT, KLIMAS, ELETCHER, PARKS, *Evaluation of heterosexual partners, children and households contact of adults with AIDS*, Journal of American Medical Association 1987, 257:640-644. Documented condom failure rate : 17%.
5. NOBLE, R.C., *There is no safe sex*, Newsweek 1991, abril 1:8.
6. PROJECT RESPECT NEWS RELEASE, *Federally founded study proves abstinence education works*, 1992, Enero (contacto: Kathleen Sullivan, (708) 729-3298).
7. RICHARD, D., *Has sex education failed our teenagers? A research report, focus on the family*, Pamona, California, 1990:266.
8. *New York Code of Rules and Regulations*, Title 8, section 135.3 (2) (i), 1992, enero 9.



Delhi, India

Noticias

Agenda global de bioética Declaración de Ixtapa. CIOMS

El Consejo de la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS) sostuvo su vigésima octava conferencia sobre "Pobreza, Vulnerabilidad, Valor de la Vida Humana y la Emergencia de la Bioética" en Ixtapa, Estado de Guerrero, México, del 17 al 20 de abril de 1994. El Congreso fue organizado en cooperación con la O.M.S., U.N.E.S.C.O., el Gobierno de México y la Fundación Mexicana para la Salud. Acudieron ciento diez participantes de 22 países, representando a todos los continentes. Además de la participación de científicos y médicos, fue representado un amplio rango de disciplinas, incluyendo filosofía, economía, sociología, epidemiología, derecho y teología, trayendo consigo su experiencia en hospitales, salud pública, universidades y ramas ejecutivas del gobierno. A través de las presentaciones, plenarias de discusión y trabajos de equipo, los participantes abordaron un gran número de temas, y acordaron incluir sus deliberaciones en una Declaración asentada en una Agenda Global de Bioética.

Los participantes al Congreso expresaron su satisfacción por las sustanciales y sustantivas contribuciones hechas en el CIOMS sobre bioética, particularmente sobre el Diálogo Internacional en Políticas de Salud, Ética y Valores Humanos durante esta década (1984-1994), y dieron la bienvenida a la O.M.S. para que continuara participando en el diálogo; agradecieron el apoyo del Gobierno de México y de las instituciones privadas en el Congreso.

1. Puntos generales

1.1. La Bioética y el Sector Salud pueden guiarse por principios generalmente aceptados, en particular los siguientes:

- Un adecuado nivel de atención a la salud puede reconocerse como un derecho humano universal y fundamental.
- La equidad debe ser considerada un principio de política de salud. Esa política debe estar basada en el principio *Alma-Ata* de salud para todos.
- Los servicios de salud deben ser efectivos, eficientes, accesibles, compasivos y socialmente aceptables.
- Existen mecanismos que deben desarrollarse para asegurar que las comunidades participen, en su mayoría, de las políticas de desarrollo y servicios de salud; las comunidades e individuos deben estar comprometidos en determinar la naturaleza y calidad del servicio de salud.

La bioética busca las formas de asegurar la promoción y el cuidado de la salud que estén en armonía con la protección de la vida y los valores humanos, particularmente la dignidad humana. Los principios bioéticos son, concretamente, obligaciones por parte de agencias internacionales, gobiernos, proveedores de salud, asociaciones profesionales y sociedades, así como individuos y grupos específicos de la población.

La bioética reconoce que las normas éticas y los valores tienen diferente significado de cultura a cultura. Al mismo tiempo, la bioética debe identificar ciertos principios éticos fundamentales que promuevan los derechos humanos y el bienestar y que puedan ser aplicados en todas las culturas.

1.2 Deben hacerse esfuerzos para promover la continuidad del desarrollo de las naciones, y de las capacidades internacionales, en el análisis ético sobre la emergencia de cambios en el cuidado de la salud que afectan a los individuos y a las poblaciones.

1.3 En ciertos países y sociedades la mujer es vulnerable, o potencialmente vulnerable, como resultado de costumbres que pueden ser perjudiciales a su salud o bienestar. El análisis ético de acciones

apropiadas puede servir para enaltecer la situación de la mujer, así como su salud y bienestar personal.

1.4 Con el desarrollo de nuevos métodos de evaluación relacionados con las enfermedades en el límite de la vida humana, emergen herramientas potenciales para guiar las decisiones sobre costo-beneficio (eficiencia) de los recursos y la planeación de salud. Es esencial que haya un refinamiento en los mecanismos de este principio de equidad y no discriminación en áreas de edad, sexo, origen étnico, situación económica, y que los países estén interesados en aplicar estas herramientas con sus recursos para construir análisis que sean acordes con las necesidades locales y nacionales.

1.5 Deben promoverse esfuerzos para un mayor desarrollo nacional e internacional en la protección del más vulnerable. Esto requerirá de organización y asistencia individual, de grupos y de gobiernos en todos los niveles, para enlazar el entendimiento de causas y circunstancias de las formas diferentes de vulnerabilidad, así como de las capacidades y funciones correctivas, y de un sentido global de hermandad en una interdependencia de todos los países.

1.6 A la luz del hecho que la bioética se ha desarrollado primaria, pero no exclusivamente, en la mayoría de los países desarrollados, existe una necesidad presente por la aceptación de principios bioéticos fundamentales como una manera de reconocimiento de las diversas perspectivas morales y culturales, prioridades y valores del mundo. Un caso significativo sobre este objetivo sería el establecer lazos bilaterales y multilaterales como cooperación técnica e intercambio de información entre sociedades profesionales que realizan bioética en países industrializados y su contraparte en países en desarrollo. Esta asociación sería mutuamente beneficiosa.

2. Papel de los organismos nacionales, regionales e internacionales en derechos humanos

2.1 Existen importantes oportunidades en la aplicación de los conceptos bioéticos en el desarrollo del contenido de los derechos humanos en

relación con la salud, protección de la salud y cuidados de la salud. Estos derechos pueden ser clasificados en tres categorías:

- Derechos del cuidado de la salud y beneficio del progreso científico.
- Derechos relacionados a la información, asociación y libertad de acción que pueden apoyar a grupos de protección y promoción a la salud.
- Derechos relacionados a la autodeterminación e integridad de la persona, incluyendo derechos de libertad, seguridad y a la vida privada.

Los tratados regionales internacionales de derechos humanos, así como las constituciones nacionales, están creadas para proteger estos derechos y establecer mecanismos que los aseguren en caso de ser violados.

3. El papel de los bancos de desarrollo

3.1 El Banco Mundial y los Bancos Regionales de Desarrollo deberían considerar la incorporación de las perspectivas bioéticas dentro de los proyectos de asesoramiento, particularmente los relacionados a salud, medio ambiente, pobreza y educación. Además, las consideraciones éticas deberían ser parte de estas organizaciones en sus proyectos de desarrollo en salud y actividades relacionadas.

4. El papel de las organizaciones internacionales

4.1 Invitamos a las organizaciones intergubernamentales encargadas de la salud a prestar atención a los aspectos bioéticos en la planeación e implementación de sus políticas y programas. Particularmente, a hacer énfasis en las necesidades de considerar a todos los interesados, incluyendo organizaciones científicas y de derecho, para discutir los aspectos éticos que emergen de la introducción de nuevas tecnologías en el área de la salud. Esas organizaciones podrán ayudar, por medio de encuentros internacionales, a sensibilizar a los países para presionar sobre aspectos bioéticos, sobre todo en aquellos de contexto de atención

primaria a la salud y a un posterior diálogo norte-sur. Este último deberá apuntar al logro de un consenso universal en los principios contemporáneos más importantes de la bioética y a su implementación en las áreas de salud y sectores relacionados.

4.2 Estas organizaciones, como las agencias de las Naciones Unidas, CIOMS, Asociación Médica Mundial, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Confederación Internacional de Parteras, la Asociación Internacional de Bioética y la Asociación Internacional de Abogados, la Ética y las Ciencias, pueden tener un importante papel en solicitar y promover en los países en desarrollo contribuciones en sus áreas de trabajo que se suscriban a esta Declaración. Ellos pueden, además, servir como un punto de emergencia para la conciencia de los países ricos en sus obligaciones con los países en desarrollo.

5. El papel del CIOMS

5.1 En reconocimiento a la considerable experiencia en este campo, invitamos a CIOMS a participar supervisando el impacto del Diálogo Internacional en Políticas de Salud, Ética y Valores Humanos, en la emergencia del desarrollo de la bioética, particularmente en los países en desarrollo.

5.2 Esta declaración deberá ser distribuida a los miembros de la organización del CIOMS, así como a otras organizaciones internacionales no gubernamentales. Esa organización y su constitutivo nacional y otras asociaciones están invitadas a prestar atención tanto a las consideraciones éticas como a sus resultados.



Jaipur, India

REVISTA MEDICINA Y ETICA
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: N\$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dls.

Otros países: \$ 85 U.S. dls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: N\$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dls.

Otros países: \$ 30 U.S. dls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

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

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

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