

Revista mexicana de ② **bioética**

año 1 • núm 2 • primer semestre 2004



MEDILEX

REVISTA MEXICANA DE BIOÉTICA

(Primera edición: junio © 2004)

DIRECTOR

PEDRO ISABEL MORALES ACHÉ

COMITÉ EDITORIAL

MARK PLATTS

MARCIA MUÑOZ DE ALBA MEDRANO

SAMUEL PONCE DE LEÓN

COORDINACIÓN EDITORIAL

ROSA MARÍA YÁÑEZ CLAVEL

DISEÑO DE PORTADA E INTERIORES

PURPURA CREATIVE STATION

www.purpurstation.com

contacto@purpurstation.com

Revista mexicana de bioética, revista semestral (junio y diciembre). Editora Responsable: Rosa María Yáñez Clavel. Número de Certificado de Reserva otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor: 04-2003-030312292100-102. Número de Certificado de Licitud de Título: 12835. Número de Certificado de Licitud de Contenido: 10407. Domicilio de la Publicación: Av. Colonia del Valle núm. 528-603, Col. Del Valle, México, D. F., C. P. 03100. Imprenta: IMPRETEI, S.A. de C. V. Almería núm. 17, Col. Postal, C. P. 03410. Distribuidor: METIS, Productos Culturales, S.A. de C. V. Callejón de Corregidora núm. 5, Tlacopac, San Ángel, C.P. 01040, México, D.F.

NDICE

Editorial 5
Samuel Ponce de León Rosales

Cuando la medicina hace daño 7
Mark Platts

El médico y la muerte 19
Ruy Pérez Tamayo

Investigación con embriones y clonación: La ética de la razonabilidad 33
Manuel Atienza

Ética, VIH/SIDA y atención médica 46
Patricia Volkow

**Mujeres y técnicas de reproducción asistida.
Preguntas más allá del (siempre presente) embrión** 62
Norma Ubaldi

**Algunas reflexiones sobre la investigación
genética a la luz de la bioética y el feminismo** 79
Juan Guillermo Figueroa Perea

Las posiciones del catolicismo frente a la eutanasia 96
Asunción Ivarez del Río

Temas y actualidades legales

***Militares y VIH/SIDA en México
Sentencia del Cuarto Tribunal Colegiado en Materia
Administrativa del Primer Circuito que declara
la baja de un militar por estar infectado con VIH.*** 116
Pedro Isabel Morales Aché

Cronología Normativa del primer semestre 2004 137
Rosa María Yáñez Clavel

“Juro por Apolo Médico y Asclepius y Hygieia y Panacea y todos los dioses y diosas ...” Así empieza el rezo que hoy conocemos como juramento hipocrático, que se asume como el marco ético del comportamiento médico universal, aunque ya no sea una práctica común recordarlo en todas las escuelas médicas. Hoy, en las principales escuelas de medicina aunque se realizan escuetas ceremonias en donde se lee o se recuerda el juramento hipocrático es pobre el énfasis que dedican a la educación ética. La propia lectura de un documento completamente anacrónico podría estar dando un mensaje equívoco: la ética junto con los dioses griegos forma parte de una mitología obsoleta. Los equívocos no terminan ahí, la aseveración “primero no hacer daño ...” atribuida también al juramento en cuestión, no es en éste donde se menciona, sino en el libro “Epidemias”. Estos ejemplos reflejan el muy poco interés y escaso estudio en el tema y resulta coherente con los pobres conocimientos que en aspectos de ética médica y respeto a los derechos de los pacientes tenemos los médicos (1-2).

Hoy, parecería haber un creciente interés por la ética ante los retos de la ciencia y la tecnología. Pensadores médicos y filósofos disertan ante los riesgos y conflictos de la genómica, de los xenotrasplantes, de la clonación, mientras que en la práctica común no contamos con apoyos específicos para los conflictos éticos de la atención médica cotidiana.

El avance técnico y científico nos llena los ojos, nos maravilla, satura nuestros sentidos, y nos preocupamos por el diagnóstico genómico cuando solamente en muy pocos estados del país (Nuevo León y Tamaulipas) se han hecho pruebas de tamizaje extendido (múltiples enfermedades) para problemas congénitos en recién nacidos de la población abierta. Se discute con pasión sobre la píldora del día siguiente, que es inaccesible para más del 90% de la población, mientras que miles de mujeres mueren por complicaciones de abortos clandestinos. No pretendo denostar lo que se hace, que todo es importante y oportuno, sino enfatizar que hay mucho por hacer en el terreno de lo cotidiano. Ciertamente, no debe perderse la oportunidad de reflexionar, discutir y educar aprovechando el brillo de la tecnología.

En el presente número se discuten precisamente en el ámbito de lo cotidiano, asuntos como la muerte y los errores médicos. Mark Platts

reflexiona sobre las complicaciones derivadas del cuidado médico estableciendo límites, posiciones y pendientes. De la infección nosocomial a los errores médicos se discuten compromisos y responsabilidades. Asunción

Ivarez aborda la eutanasia y el análisis de la posición de la iglesia católica ante la autonomía frente a la muerte. Ruy Pérez Tamayo publica un impecable escrito sobre ética laica y la muerte. También aborda el asunto del juramento y esboza un germen de declaración médica que es imprescindible construir ya.

Todo esto se lee, mientras escuchamos noticias de sanciones millonarias a grandes compañías farmacéuticas transnacionales, por no informar con claridad de graves complicaciones escondidas en los archivos de ciertos productos, por sobornar a los médicos que favorecen sus prescripciones y por cometer fraude ante sistemas de salud. Todas estas graves faltas éticas suceden en asuntos cotidianos que equivocadamente percibimos lejanos o ajenos. La ética no es solo para lucir en los eventos académicos o junto con el fulgor de la tecnología, también debe estar presente en nuestra vida diaria, con nuestros compromisos, con nuestros errores y con nuestros muertos.

Samuel Ponce de León Rosales

1.- Ponce de León Se. Reconocimiento de declaraciones éticas internacionales por médicos e investigadores en salud. ¿estamos preparados para los retos del siglo XXI? Rev Inv Clin. en prensa.

2.- Pérez Padilla R., Ponce de León Sa. Actitudes éticas ante los problemas de manejo de los pacientes con SIDA. Salud Pública de México 1990; 32: 3-14.

CUANDO LA MEDICINA HACE DAÑO ¹

Mark Platts

Resumen

Éste es el primero de una serie de artículos cuyo objetivo es esclarecer algunos de los problemas conceptuales y éticos que surgen en torno a casos de daño médico. Después de examinar brevemente la gama de fenómenos que, según se entiende, caen en el ámbito de la expresión “daño iatrogénico”, se esboza una concepción de responsabilidad que autoriza su uso en relación con aspectos no intencionales de las acciones y con casos en los que no está en juego ninguna cuestión de culpabilidad. Se plantean, sin embargo, algunas críticas a cierto tipo de propuesta que, basándose en ese uso, intenta ofrecer una explicación general del daño iatrogénico libre de toda consideración de culpabilidad individual.

Palabras clave: daño iatrogénico, responsabilidad, rendición de cuentas

Abstract

This is the first of a series of papers designed to clarify some of the conceptual and ethical issues arising in relation to cases of medical harm. After a brief consideration of the range of phenomena understood as falling within the scope of the expression “iatrogenic harm”, an account is sketched of a conception of responsibility which licenses its usage in relation to unintentional aspects of actions and to cases in which no question of guilt is in play. Criticism is offered, however, of one kind of proposal which attempts through reliance upon that usage to offer a general account of iatrogenic harm completely free of all consideration of individual guilt.

Key words: iatrogenic harm, responsibility, accountability

1. Algunos ejemplos

En Estados Unidos, aproximadamente el 10% de los ingresos hospitalarios son resultado de efectos adversos de diagnóstico o tratamiento. Durante la hospitalización, hasta un 33% de los pacientes sufren complicaciones relacionadas con la atención médica o de enfermería. Las infecciones nosocomiales afectan a unos tres millones de pacientes al año, causan alrededor de sesenta mil decesos, y constituyen uno de los principales obstáculos cuando se intenta controlar enfermedades como el síndrome agudo respiratorio.

Las fuentes de los datos mencionados se encuentran en el libro de Virginia A. Sharpe y Alan I. Faden, *Medical Harm: Historical, Conceptual, and Ethical Dimensions of Iatrogenic Illness*.¹ A lo largo de esta serie de artículos criticaré, en distintos momentos, algunas de las afirmaciones de Sharpe y Faden; no obstante, quisiera dejar en claro desde el principio que mis críticas se dirigen sólo a algunos aspectos de lo que considero, en general, un libro de gran utilidad.

Como he mencionado en otro lugar,² la utilidad de esta obra reside en parte en su énfasis sobre el hecho de que los tipos de daño mencionados no son tan ineludibles o inevitables como los eclipses, las mareas, los terremotos y las erupciones volcánicas. Sharpe y Faden citan el estudio de once años realizado en Estados Unidos, por el Centro de Control de Enfermedades [Centers for Disease Control], y su conclusión de que más o menos el 32% de los tres millones de casos anuales de infecciones nosocomiales se podrían haber evitado;³ mencionan también el *Harvard Medical Practice Study*, el cual sugirió que casi el 70% de las complicaciones iatrogénicas que ocurren en Estados Unidos se pueden evitar.⁴ El hecho de que no todos los daños iatrogénicos sean inevitables es lo que hace de ellos un tema idóneo para la reflexión ética.

2. Antecedentes conceptuales

La dimensión ética del problema de daño iatrogénico podría esconderse no sólo con la simple afirmación de que tal daño es inevitable, sino también mediante ciertas maniobras conceptuales. En los decenios de 1950 y 1960, los “daños iatrogénicos” se definieron como las secuelas de la práctica médica *competente y aceptada*; es éste el contexto en el que D.P. Barr pudo sostener, usando una frase que se ha vuelto clásica, que tales daños son “el precio que tenemos que pagar por el manejo moderno de la enfermedad”.⁵ Así entendidos, los daños iatrogénicos, aun cuando no son inevitables *sans phrase*, sí lo son relativos a la meta de proseguir con el “manejo moderno de la enfermedad”. No obstante, tal caracterización “amoral” del daño iatrogénico invita a formular dos preguntas obvias, o por lo menos obvias para aquellas personas que no se dejan engañar por las simples palabras. En primer

1 Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

2 “Introducción: responsabilidades”, en Olbeth Hansberg y Mark Platts (comps.), *Responsabilidad y libertad* (Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM/ Fondo de Cultura Económica, México, 2002), pp. 13–33.

3 R.W. Haley et al., “The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals”, *American Journal of Epidemiology* (1985), pp. 182–205.

4 T.A. Brennan et al., “Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients”, *New England Journal of Medicine* (1991), pp. 370–376.

5 D.P. Barr, “Hazards of modern diagnosis and therapy—the price we pay”, *Journal of the American Medical Association* (1956), pp. 1452–1456.

lugar, así concebido, ¿cuánto del daño que causa la práctica médica se puede considerar “daño iatrogénico”? ¿Cuánto del daño causado por la práctica médica es realmente inevitable si aceptamos la meta de proseguir ciegamente el “manejo moderno de la enfermedad”? Además, si no es “daño iatrogénico”, ¿qué frase vamos a utilizar en los casos de daño médico que resultan no ser inevitables aun dando por buena la supuesta necesidad del “manejo moderno”? Y, en segundo, ¿cuál es la elucidación adecuada de la idea del “manejo moderno de la enfermedad” tal que su búsqueda sea siempre racionalmente obligatoria *sin importar sus consecuencias, por ejemplo, en términos de daños a los propios pacientes*? La falta de sensibilidad hacia las posibles consecuencias negativas de la búsqueda de algún bien suele ser una falta ética, una falta cuya magnitud a veces alcanza las dimensiones de una monstruosidad moral. ¿Por qué, en el caso del bien que representa el “manejo moderno de la enfermedad”, esa falta de sensibilidad hacia las consecuencias no constituye una carencia ética?

La terminología de la “iatrogenia” ha sido manejada de diversas maneras, usando definiciones que van desde lo relativamente específico hasta lo extraordinariamente amplio. Cuando Bleuler introdujo esa terminología en *Brill's Textbook of Psychiatry*,⁶ la manejó de manera bastante precisa, como una enfermedad “que tiene una manifestación principalmente psicológica causada por el diagnóstico de un médico”; en el mismo tenor; casi veinte años después, el *Psychiatric Dictionary*⁷ de Hinsie y Shatzky sostenía que cuando “el médico [...] da un diagnóstico que sirve como núcleo en torno al cual el paciente construye una neurosis o una psicosis, la condición se conoce como iatrogenia”. Llama la atención, sin embargo, que muy poco tiempo después (ocho años), en la segunda edición de su obra *Child Psychiatry*,⁸ Kanner pudo usar la terminología de una manera bastante más amplia: “Las dificultades que surgen de la torpeza médica en el manejo de los pacientes son lo suficientemente comunes como para haber originado el diagnóstico de afecciones iatrogénicas o determinadas por el médico”. Ese proceso de ampliación ha continuado, con la consecuencia de que, en su uso actual, la terminología de la “iatrogenia” se acerca más a su etimología —daño “iatrogénico” como daño “causado por un médico” (o “nacido de” un médico). Así, no es de sorprender que un reconocido diccionario de lengua inglesa (el *Chambers*)⁹ ofrezca una definición que habla de una enfermedad o síntomas “inducidos en un paciente por el tratamiento o los comentarios de un médico”.

6 Ayer, Nueva York, 1924.

7 Oxford University Press, Nueva York/Londres, 1940.

8 C.C.Thomas, Springfield, Ill., 1948.

9 Edimburgo, 1993.

Tal definición es, al mismo tiempo, demasiado restringida y exageradamente amplia. Es demasiado restringida por su referencia al “médico”, pues con ello pasa por alto la contribución que como factores causales pueden tener todos los que participan, además del médico, en el manejo de los pacientes dentro de los enormes centros médicos que existen en la actualidad; también parece soslayar los casos de infecciones nosocomiales, cuyos agentes causales inmediatos ni siquiera son seres humanos. Pero la definición es también demasiado amplia. El médico británico Harold Shipman es el responsable de más de doscientos asesinatos premeditados de pacientes en un periodo de veintitrés años: si hubiera provocado esas muertes ocasionando a sus pacientes alguna enfermedad mortal —un escenario muy popular en las novelas policíacas—, entonces los asesinatos habrían sido casos de daño “iatrogénico”, según la definición del Chambers. Afortunadamente, *The Oxford English Dictionary*¹⁰ es más exacto cuando define el adjetivo:

iatrogenic: induced unintentionally by a physician through his diagnosis, manner; or treatment; of or pertaining to the induction of (mental or bodily) disorders, symptoms, etc., in this way. [*iatrogénico*: ocasionado no intencionalmente por el diagnóstico, el trato o el tratamiento de un médico; de o perteneciente a los trastornos, síntomas, etc. (mentales o corporales) que se ocasionan de esta manera.]

La restricción a los médicos nos deja, de nuevo, con una definición demasiado reducida; sin embargo, la limitación a los efectos no intencionales sirve para descartar el caso del doctor Shipman y vuelve especialmente pertinente la referencia de Kanner a la “torpeza médica”: si bien se puede fingir torpeza intencionalmente, no es posible ser torpe intencionalmente. Asunto aparte es el hecho de que limitar la definición a los efectos no intencionales salva a cualquier cirujano de la inevitable responsabilidad de daño iatrogénico.

Algunos teóricos parecen creer que excluir las intenciones correspondientes no sólo implica dejar fuera toda cuestión de responsabilidad, sino también toda cuestión ética; y aquí el ejemplo de la torpeza es de nuevo oportuno. No es posible hacer algo de manera torpe y con la intención de proceder así; sin embargo, hay múltiples tipos de contextos en los cuales somos responsables por nuestras acciones torpes y sus consecuencias, y en tales casos nuestra torpeza es un objeto apropiado de juicio ético. *Primum non nocere* no tiene por qué restringirse en su interpretación a la prohibición de la malicia y la maldad: también puede interpretarse como el

10 Clarendon, Oxford, 1989, vol.VII.

mandato de intentar prevenir las múltiples causas potenciales de daño no intencional.

Así, con el fin de incluir la posible intervención de todos los que participan en la atención médica, así como la de los agentes causales inmediatos en las infecciones nosocomiales y, al mismo tiempo, con objeto de excluir cualquier daño causado por la torpeza de los trabajadores de la salud en su vida privada —sentirse ofendido en una cena en la que luego resulta que el médico anfitrión accidentalmente envenenó a sus invitados—, propongo la siguiente como una tosca caracterización inicial del tema que aquí me ocupa: el daño iatrogénico es un daño no intencional infligido en el curso de la consulta o el tratamiento médico, especialmente el causado por algún trabajador de la salud que actúa en su calidad de profesional de la salud.

La anterior es todavía una “definición” demasiado tosca —piénsese en los que murieron en el Centro Médico de la ciudad de México a raíz de los sismos de 1985—, pero quizá otro comentario reduzca esta incomodidad. Reflexionando sobre las fuentes del daño iatrogénico, Sharpe y Faden escriben:

Desde un punto de vista ético [...], la *fuentes* de un daño iatrogénico debería entenderse en sentido amplio para que incluyera a todos los proveedores de servicios de salud que directa o indirectamente son responsables del cuidado del paciente. Como la raíz *iatros* no capta adecuadamente la diversidad de fuentes de daño médico, se requiere un nuevo término. Sugerimos el término “comiogénico”, el cual usa la misma raíz griega *komein* (cuidado o asistencia) que se encuentra en la palabra “nosocomial”. Por consiguiente, un daño o efecto adverso comiogénico es aquel que se origina en el cuidado —más específicamente, en el cuidado que se da a un paciente.¹¹

Me parece que esta propuesta no sirve de mucho, por razones que hasta cierto punto ya deberían estar claras. Las raíces de la expresión recientemente acuñada no corresponden al uso que Sharpe y Faden desean darle: aparte de que las raíces de “comiogénico” sí incluyen el caso del doctor Shipman y excluyen otras causas impersonales de las infecciones nosocomiales, Sharpe y Faden tienen que añadir la referencia al cuidado que se da a un paciente. Como la mayoría de los términos, el vocablo ya existente “iatrogénico” nunca ha tenido un uso determinado exactamente por sus raíces y, como ocurre con la mayoría de las expresiones, su uso —su significa-

¹¹ Sharpe y Faden, *op. cit.*, p. 117.

do— ha cambiado con el paso del tiempo para reflejar nuevos problemas, la solución de otros antiguos y la modificación de nuestra manera de concebirlos. Tampoco hay necesidad de que la búsqueda a veces loable de una definición precisa nos entretenga aquí: he ofrecido una caracterización inicial burda del asunto en cuestión, y seguir adelante no necesariamente supone la búsqueda de esa definición precisa, sino, más bien, podría encaminarse hacia el desarrollo de una “taxonomía” informal de los diferentes *tipos* de daño que se han de considerar. A nosotros, los usuarios de la lengua, nos llaman la atención las similitudes y las diferencias, y así llegamos a reunir diversos fenómenos bajo el término “daño iatrogénico”; pero no hay ninguna razón para suponer que *tiene que* existir alguna definición precisa de dicho término, sean las raíces del término la fuente de la definición, las intuiciones lingüísticas de los hablantes competentes, o los resultados de investigar científicamente los fenómenos que *nosotros* hemos agrupado. Basta que la burda caracterización inicial dé idea suficiente del asunto que estamos examinando, y que lo haga sin prejuzgar ninguna cuestión ética sustancial que de ella se derive.

No obstante, esta última afirmación todavía podría parecer discutible. ¿Cómo exactamente es posible reconciliar el énfasis puesto en el carácter no intencional del daño iatrogénico con un interés *ético* en él, con una preocupación, por ejemplo, por las condiciones en las que las responsabilidades *morales* pueden ser atribuidas cuando menos en algunos casos en que ocurre ese tipo de daño? La respuesta a esta pregunta exige, para empezar, algunas reflexiones generales sobre los elementos de la responsabilidad y sus tipos y, en segundo, la consideración de una propuesta en cuanto a cómo manejar el asunto de la responsabilidad en el contexto iatrogénico.

3. Antecedentes éticos

Con base en un análisis de ciertos incidentes narrados por Homero, Bernard Williams se propone identificar “los elementos básicos de cualquier concepción de responsabilidad”:

que en virtud de lo que hizo, alguien haya provocado una situación mala; que ese alguien haya tenido o no la intención de provocar esa situación; que estuviera o no en un estado mental normal cuando la provocó; y que sea asunto suyo, si acaso es de alguien, compensarla. Podríamos llamar a estos cuatro elementos causa, intención, estado y respuesta.¹²

¹² *Shame and Necessity* (University of California Press, Berkeley, 1993), p. 55

Antes de considerar esos elementos planteados por Williams, me gustaría señalar una omisión en la lista que nos ofrece.

La mayoría de las discusiones filosóficas sobre la responsabilidad empiezan y terminan examinando la distinción entre casos en los que los agentes son moralmente responsables de sus acciones y consecuencias y casos en los que no lo son; pero un vistazo a cualquier diccionario de inglés común y corriente mostrará que esta noción de lo que podría denominarse “responsabilidad por las acciones y sus consecuencias” dista de abarcarlo todo, y podría ni siquiera incluir lo básico. Así, por ejemplo, el ya citado diccionario *Chambers* dice —en inglés— algo que equivaldría a lo siguiente:

responsabilidad calidad de ser responsable; tarea o cargo del que alguien es responsable [...]. *responsable* dicese del que está sujeto a responder o rendir cuentas por tener a su cargo o bajo su control ...

Los padres son responsables del bienestar de sus hijos, un profesor de la educación de sus alumnos, un doctor del cuidado médico de sus pacientes. Tales responsabilidades —que podrían denominarse “responsabilidades de un cargo”—¹³ pueden ser directamente pertinentes para la cuestión que Williams plantea de “responsabilidad por las acciones y sus consecuencias”: el grado de responsabilidad de un agente por “una situación mala” que ha provocado puede aumentar significativamente si el hecho de haberla provocado entraña algún descuido (o algo peor) de las “responsabilidades de su cargo” (piénsese en el abuso de los hijos por parte de los padres).

Ahora bien, de la causación como elemento de la responsabilidad, Bernard Williams dice que es el componente básico: “los problemas relacionados con los otros sólo pueden surgir en relación con el hecho de que algún agente sea la causa de lo que ha sucedido”. Sin embargo, añade:

Tenemos que reconocer que en el derecho moderno hay reglas de responsabilidad sin culpa bajo las cuales la gente puede ser considerada responsable penalmente no sólo por consecuencias que no tuvo la intención de causar [...], sino también, en algunos casos, por consecuencias que ni siquiera causó. Así la gente puede ser sancionada por quebrantamientos de reglas que sus empleados han cometido en contra de sus intenciones.¹⁴

¹³ Cfr. H.L.A. Hart sobre “la responsabilidad que imponen los papeles”; *Punishment and Responsibility* (Oxford University Press, Oxford, 1968), pp. 212–214.

¹⁴ Williams, *op. cit.*, pp. 56–57.

en todos los sistemas de derecho civil: la gente tiene que pagar una compensación por los daños causados por otros, normalmente sus empleados. Sin embargo, como Hart lo señala,¹⁷ las leyes de la mayoría de los países van aún más lejos, y exigen que una persona pague una compensación por el daño sufrido por otros, aunque ni él ni sus empleados lo hayan causado: como en el caso, por ejemplo, en el que, sin haber negligencia de mi parte ni de la de mis empleados, los felinos que comparten su vida conmigo logran escapar de mi zoológico privado y luego atacan salvajemente al muy querido periquito de mi vecino.

¿Qué diferencia hay entre la práctica de atribuir responsabilidad por la acción de otros y la identificación (evidentemente injusta) de chivos expiatorios? La respuesta, tal vez insinuada por Williams,¹⁸ no es difícil de imaginar: las responsabilidades por las acciones y las consecuencias del proceder de otros, o incluso sólo por situaciones deplorables, surgen como consecuencia de los tipos de “responsabilidades del cargo” antes mencionados. Debido a ciertas consideraciones bastante generales que sugieren la deseabilidad extrema de hacer *casi* cualquier cosa para reducir la probabilidad de distintas situaciones deplorables, quizá junto con otras consideraciones generales relacionadas con los placeres, los beneficios, e incluso los privilegios, las “responsabilidades del cargo” de un empleador (o del propietario de una mascota) se traducen en la posibilidad de que existan los tipos razonables de responsabilidad por las acciones de otros que estamos examinando. Tal vez merezca la pena señalar que mientras que este tipo de explicación puede usarse fácilmente para explicar muchos casos de atribución de “responsabilidad sin culpa”, parece tener menos posibilidades de explicar algunos de los casos más serios de tal clase de atribuciones de responsabilidad, como los casos de las relaciones sexuales con alguien que no ha alcanzado la edad a partir de la cual su consentimiento vale. Si bien hay muchas similitudes y conexiones entre los conceptos de “responsabilidad sin culpa” y responsabilidad por las acciones de otros, sigue habiendo buenos motivos para distinguirlos.

Así queda demostrada, creo, la *posibilidad* de una concepción de responsabilidad que podría utilizarse en los casos de daños no intencionales. Aceptar tal posibilidad, sin embargo, no equivale a aceptar cualquier uso de esa concepción. En la siguiente sección criticaré un tipo de uso —bastante popular, por cierto— que se ha intentado dar a la concepción en cuestión para comprender los casos de daños iatrogénicos. Este intento está motivado en parte por el número creciente de demandas legales contra médicos y otros trabajadores de la salud (literalmente, la “juridificación” de las rela-

¹⁷ Hart, *op. cit.*, p. 216.

¹⁸ Williams, *op. cit.*, pp. 56–57.

ciones entre los pacientes y esos trabajadores). Coincido con muchos otros en el escepticismo que manifiestan ante ese fenómeno de "juridificación". Entre las nefastas consecuencias que esto tiene para los propios pacientes destaca la creciente resistencia de los médicos a recomendar cualquier tratamiento novedoso o experimental por razones prudenciales, y el incremento en el número de pruebas médicas solicitadas que no son estrictamente necesarias. Es esencial, desde luego, tener la opción de acudir a la acción legal como último recurso, pero solamente así, como *último* recurso. Sin embargo, nada de esto implicaría un compromiso con *todo* intento de frenar el proceso de "juridificación" sin siquiera tomar en cuenta su coherencia y sus consecuencias.

4. Una propuesta a la moda

Al escribir sobre cómo recientemente se ha centrado la atención en el "mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y la administración de calidad total" como esquemas para reducir la frecuencia y la gravedad del daño médico, Sharpe y Faden¹⁹ subrayan lo siguiente:

esto se basa en la premisa de la capacidad de acción colectiva o en una "teoría de la causación de enfoque sistémico". Un "sistema" es "un grupo interdependiente de elementos, personas o procesos con un objetivo común". El objetivo común en lo que se refiere al cuidado de la salud es beneficiar al paciente y evitarle daños. La información empírica proveniente tanto de la industria como del sector de atención a la salud indica que hasta un 75% de los errores tienen su origen en deficiencias del sistema. Desde esta óptica, el objetivo del MCC es "determinar qué salió mal, en lugar de identificar a quién hay que culpar".

Esta "premisa de la capacidad de acción colectiva" se acompaña de "un *ethos* de la rendición de cuentas colectiva":

En la teoría de MCC, no se abandonan las atribuciones de responsabilidad moral, lo que sucede simplemente es que en lugar de llevar el estigma de la culpa, llevan el de la rendición de cuentas [...]. Se espera que los individuos (y las organizaciones) mejoren su desempeño todo el tiempo, no simplemente como respuesta a quejas o crisis. En un sistema en el que todos los que intervienen en el proceso de atención

¹⁹ Sharpe y Faden, op. cit., pp. 141–145.

deben responder o rendir cuentas a todos los demás miembros en aras del fin último del bienestar del paciente, el potencial para el “oportunismo” —esto es, el potencial para que las instituciones o los individuos tengan un desempeño deficiente sin consecuencias— es limitado.

Sharpe y Faden llegan así a proponer una versión de MCC en la que “la premisa de la capacidad de acción colectiva o una ‘teoría de la causación de enfoque sistémico’” se combina con lo que denominan “un esquema de compensación sin culpa (o de responsabilidad sin culpa) para resarcir daños médicos”, un fondo de compensación para pacientes que hace caso omiso de la culpabilidad y cuya puesta en marcha se considera con ventajas importantes tanto para los pacientes como para los trabajadores de la salud.

Pese a la engañosa referencia al *estigma* de la rendición de cuentas, es evidente que a Sharpe y a Faden *no* les interesa nada que tenga que ver con el castigo penal; no obstante, la idea casi orwelliana de que “todos los que intervienen en el proceso [...] deben responder o rendir cuentas a todos los demás” quizá nos recuerde una analogía con la época en que las condiciones rudimentarias exigían que la función de vigilar a un grupo y mantener el orden en él se impusiera a los propios grupos locales mediante lo que Joel Feinberg llama un sistema de “garantía universal obligatoria”:²⁰ un sistema, por así decirlo, de garantes grupales obligatorios. Así, por ejemplo, entre los primeros anglosajones se consideraba que el hombre más confiable era aquel que permanecía en el pueblo donde vivían sus múltiples parientes, pues éstos constituían las garantías que asegurarían su buena conducta. Este antiguo sistema de responsabilidad asociada al parentesco se perdió con el establecimiento del feudalismo cristiano y la apertura de las comunidades antes cerradas y aisladas que éste trajo consigo; ahí surgió entonces un nuevo sistema de garantía obligatoria basada en la vecindad más que en el parentesco. Se asignaba a cada individuo a un grupo de un vecindario cuyos demás miembros se hacían responsables de la conducta de dicho individuo: si un grupo de garantía no entregaba a uno de sus miembros cuando éste tenía que hacer frente a acusaciones penales, cada miembro del grupo sería multado y ocasionalmente cada uno de ellos estaría obligado a hacer la compensación por el delito cometido. No obstante, en las condiciones modernas, subraya Feinberg, el sistema de garantía no podría funcionar de la manera deseada pues los grupos de garantía, estando sujetos a renovaciones de personal extremadamente rápidas, “carecerían de la cohesión y la solidaridad necesarias para poder ejercer mucha influencia en sus miembros o controlarlos”.

²⁰ Feinberg, *Doing and Deserving* (Princeton University Press, Princeton, 1970), pp. 238 y ss.

¿Cómo se supone entonces que ha de funcionar el modelo de la responsabilidad colectiva sin culpa o falta propuesto por Sharpe y Faden? Es de imaginar que la “influencia o control” se ejerza exigiendo a todos los demás que respondan o rindan cuentas, aunque sea una rendición de cuentas sin culpa; y que la “cohesión y la solidaridad necesarias” surjan del objetivo común de beneficiar al paciente cuidando su salud y evitándole daños. Quizá podría promoverse la rendición de cuentas a todos los demás si “las directivas de las instituciones y las organizaciones cuyo cometido es el cuidado de la salud manifestaran su voluntad de abandonar la práctica de culpar; en favor de [...] sistema de incentivos [...] orientados a otorgar recompensas por la cooperación en lugar de castigos por el incumplimiento”.²¹ Pero aun pasando por alto la tendencia de los sistemas de incentivos diferenciales a convertirse en sistemas de castigos, surge entonces una amenaza para la “cohesión y la solidaridad necesarias”: el *supuesto* objetivo común de beneficiar al paciente y evitarle daños se ve amenazado en estas circunstancias por el interés personal de tipo económico del individuo (sea ese “individuo” auténtico o sólo un elemento de la organización), y la *supuesta* rendición de cuentas a todos los demás se ve amenazada en estas circunstancias por la consecuentemente motivada “rendición de cuentas” a los agentes o representantes de la “directiva”, que pone en marcha el sistema de incentivos. ¿Por qué, por ejemplo, se debería suponer que los trabajadores de la salud son tan diferentes de otros empleados de la Gran Bretaña actual, cuando sólo el 8% de ellos son “definitivamente de la idea de que sus valores y los de sus organizaciones son muy similares” (Theodore Zeldin, *Oxford Today*, 1999)? Bien podríamos querer examinar las fallas de los trabajadores de la salud en el cumplimiento de las “responsabilidades de su cargo” dentro de un sistema de salud en aquellos casos en que no hacen a un lado sus propios valores (o prejuicios) específicos mientras desempeñan alguna función en dicho sistema; pero esto seguramente tiene que ver con la responsabilidad individual, no con la “colectiva”, y es algo que con frecuencia invitaría, justificadamente, a hablar de culpa o incluso de culpabilidad.

Un uso razonable del modelo de Sharpe y Faden exigiría conjuntar condiciones y circunstancias respecto de las cuales hay pocas o ninguna razón para creer que existan en el contexto real de la práctica médica en México —o en algún otro sitio, ¿por qué no?— a pesar de la diversidad de estructuras que existen en esa práctica. El modelo de Sharpe y Faden no puede ser la alternativa correcta a la tendencia actual a “juridificar” casos de daño médico.

21 Sharpe y Faden, op. cit., p. 144.

EL MÉDICO Y LA MUERTE

Ruy Pérez Tamayo *

Resumen

Se presentan y discuten los principios generales de la ética médica laica, basada en los objetivos de la medicina, que se resumen en: 1) preservar la salud; 2) curar, o aliviar, cuando no se puede curar, y siempre acompañar y consolar al enfermo; 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias. De acuerdo con estos objetivos se revisan los problemas relacionados con la muerte, como la definición contemporánea del proceso, el uso de medidas para prolongar la vida en pacientes terminales, el suicidio asistido y la eutanasia.

Abstract

The general principles of a secular medical ethic based exclusively on the objectives of medicine are presented. These objectives are: 1) to preserve health; 2) to heal the diseased person, or to help him when healing is not possible, and always to console and accompany him; 3) to avoid premature and unnecessary deaths. Following these objectives, some medical problems related to death are reviewed, namely the current definition of the process, the use of measures to prolong the life of terminal patients, physician-assisted suicide and euthanasia.

Introducción

La muerte es, finalmente, inevitable. Todos los seres humanos somos mortales y, a partir de cierta edad, todos lo sabemos, aunque muchos prefieren ignorarlo.

La muerte individual aparece en el mundo biológico al mismo tiempo que la reproducción sexual y desde un punto de vista evolutivo parece ser consecuencia de ella, porque cuando un ser vivo pierde la capacidad de dejar descendencia también cesa de tener relevancia en el proceso de la evolución. La universalidad de la muerte nos irrita y hasta nos confunde, pero sólo cuando la contemplamos sin los anteojos darwinianos y desde las

* Profesor Emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México, Miembro de El Colegio Nacional y de la Academia Mexicana de la Lengua, Presidente del Colegio de Bioética, A.C.
Departamento de Medicina Experimental, Hospital General de México, Dr. Balmis 148, Colonia Doctores, México, D.F., C.P. 04510, Tel. 5623 2652, Fax 5761 0249, e-mail: ruypt@hotmail.com

alturas de nuestros deseos y aspiraciones de inmortalidad, apoyados en la mitología y en las promesas de casi todas las religiones, tanto politeístas como monoteístas¹. Para Darwin y sus seguidores, la muerte es simplemente el resultado de multiplicar la probabilidad por la suerte en función del tiempo: en esta ecuación, lo que primero es apenas posible poco a poco se hace probable, y tarde o temprano se transforma en inevitable². El concepto popular de que la función del médico se limita a "luchar contra la muerte", aparte de no ser correcto, lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando. Las relaciones del médico con la muerte son bastante más complejas que lo sugerido por su imagen romántica de Caballero Andante combatiendo y derrotando a la Muerte.

En lo que sigue intento un análisis de tales relaciones dentro del marco de la ética médica laica. El texto está dividido en dos partes: en la primera, hago un resumen del concepto de ética médica laica, basado en los objetivos de la medicina, y presento un esquema de código ético médico derivado de esos objetivos; en la segunda, examino cuatro facetas de la relación del médico con la muerte: el concepto médico actual de muerte, los problemas del uso de medidas de terapia intensiva en pacientes terminales concientes e inconscientes, el suicidio asistido y la eutanasia.

PARTE I

Ética médica laica

Conviene iniciar los comentarios que siguen con una serie de definiciones sobre el uso de ciertos términos. Voy a entender por *ética médica laica* los principios morales y las reglas de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos cuando actúan como tales, derivados únicamente de los objetivos de la medicina, sin participación o influencia de otros elementos no relacionados con esos objetivos³. Estos otros elementos son de dos tipos: los englobados dentro de la *ética general o normativa*, que son válidos no sólo para los médicos sino para todos los sujetos humanos, y los incluidos en la *ética trascendental o religiosa*, que son válidos sólo para los que comparten las creencias propias de las distintas ideologías religiosas (católica, protestante, judía, musulmana, budista, otras). La mayor parte de los textos de ética médica son mezclas de principios y normas derivadas de estas tres esferas de la ética: la laica, la general y la trascendental. Las dos primeras pretenden apoyarse en la razón y están abiertas al análisis y a la discusión basada en argumentos históricos o actuales, pero siempre objetivos,

mientras que la tercera emana del dogma y se basa en la fe, por lo que no está sujeta a discusión.

Otro término que está de moda es *bioética*, que con frecuencia se usa como sinónimo de ética médica, aunque desde luego no lo es. La bioética describe los principios morales y las normas de comportamiento de los seres humanos ante todo el mundo biológico⁴; desde luego, esto incluye a la ética médica pero la rebasa ampliamente, pues no se limita a los médicos sino a todos los hombres, ni se restringe a los enfermos sino que abarca a toda la naturaleza. La ética médica es, pues, la rama de la bioética que tiene que ver únicamente con los aspectos específicos de la práctica de la profesión, y es a la que se limita este texto.

Los objetivos de la medicina

Es tradicional que al hablar de ética médica se haga referencia a diferentes códigos, tanto antiguos como recientes, como el Juramento Hipocrático (en sus versiones clásica, árabe o cristiana), el Código de Asaf, la Plegaria del Médico, atribuida en forma apócrifa a Maimónides, la Ética Médica de Percival, la Declaración de Ginebra, el Código de la Organización Mundial de la Salud, etc.

Todos estos códigos son híbridos formados por tradiciones antiguas, por costumbres regionales más o menos limitadas, y por distintos mandamientos religiosos. Su valor es mucho más histórico que actual, o bien son tan generales que equivalen a la expresión de muy nobles sentimientos, pero nada más.

Yo pienso que el mejor punto de partida para elaborar un código ético médico no es un documento antiguo o una serie de mandamientos no razonados, sino la naturaleza específica de la medicina, definida en función de sus objetivos, que sólo son los tres siguientes: 1) *preservar la salud*; 2) *curar, o aliviar, cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente*; y 3) *evitar las muertes prematuras e innecesarias*. La medicina es tan antigua como la humanidad, y a lo largo de su historia ha cambiado mucho, pero desde siempre ha conservado esos mismos tres objetivos y por ahora no concibo que en el futuro pueda transformarse tanto como para modificarlos o abandonarlos. De hecho, los tres objetivos mencionados de la medicina pueden resumirse en uno solo, que sería el siguiente: *lograr que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible*.

Un código de ética médica laica

No me cuesta trabajo aceptar que la medicina surgió antes de que el *Homo sapiens sapiens* pisara la faz de la tierra. Puedo imaginarme cuando alguno de los homínidos que lo precedieron en la evolución, al sentirse enfermo e incapaz de valerse por sí mismo, se acercó a otro miembro de su misma especie y le pidió que le ayudara (los homínidos no hablaban, pero hay otras formas de comunicación diferentes al lenguaje); cuando el homínido interpelado aceptó proporcionarle la ayuda solicitada, nació la medicina. En ese momento se creó la situación social que constituye el centro mismo de la profesión, la esencia y la razón de ser de la medicina: la *relación médico-paciente*. A lo largo de la historia el acto médico ha sido siempre el mismo: un ser humano que solicita ayuda para resolver su problema médico y otro ser humano que acepta dársela y lo hace, con más o menos éxito. Los ambientes y las circunstancias en las que ocurre este acto médico han cambiado a través del tiempo, y en nuestra generación se han hecho tan complejas que la relación médico-paciente original se encuentra gravemente amenazada con transformarse en algo muy distinto. Pero a pesar de la amenaza, todavía es válido decir que la esencia y la naturaleza de la medicina se definen en función de la relación médico-paciente.

En vista de lo anterior, es posible construir un código de ética médica laica basado en los objetivos de la medicina y centrado en la relación médico-paciente. En principio, puede aceptarse que los objetivos de la profesión podrán alcanzarse mejor cuando la relación médico-paciente se dé en las condiciones óptimas. Este principio es razonable, se refiere en forma específica a la práctica de la medicina y no está influido por reglas de ética general o por ideologías religiosas. De este enunciado se desprende que todo aquello que se oponga o interfiera con la instalación y la conservación de una relación médico-paciente óptima será éticamente malo, deberá considerarse como una falta de ética médica. En cambio, todo lo que favorezca al establecimiento y la persistencia de una relación médico-paciente óptima será éticamente bueno, deberá calificarse como positivo desde un punto de vista ético médico.

He usado varias veces la expresión "*relación médico-paciente óptima*", por lo que conviene caracterizarla. Desde luego, se trata de una relación interpersonal, que puede contar con testigos pero no con interferencias, entre el paciente y *su* médico, y entre el médico y *su* paciente. Como todas las relaciones humanas, ésta también tiene una historia natural, un principio en el que el miedo y la incertidumbre iniciales, por parte del enfermo, y la apertura y el trato receptivo y respetuoso (pero con ignorancia, también inicial), por parte del médico, se irán transformando poco a poco en la tran-

quilidad y la confianza del enfermo, y el trato amable y afectuoso, pero cada vez con más conocimiento del problema de su paciente, del médico. De esta "*confianza ante una conciencia*", como acostumbraba caracterizarla el Maestro Chávez, citando al clínico francés Poitier, termina por establecerse una relación positiva médico-paciente, mientras más cercana y adulta mejor para alcanzar los objetivos ya mencionados de la medicina.

A partir de estas consideraciones ya es posible ofrecer un código de ética médica laica basado en la naturaleza de la medicina misma. Este código consta de los siguientes cuatro principios o reglas de comportamiento, que el médico debe observar para que su actuación profesional pueda considerarse como ética:

1) *Estudio continuo*. El médico tiene la obligación de mantenerse al día en los conocimientos y las habilidades técnicas de su especialidad, con objeto de ofrecerle a su paciente la mejor atención posible en cada momento, por medio del estudio continuo de la literatura médica científica, la asistencia a cursos especializados, a congresos y otras reuniones profesionales, así como a las sesiones académicas pertinentes. No hacerlo, abandonar la actitud del estudiante ávido de saber siempre más y la costumbre de aprender algo nuevo todos los días, es una falta grave de ética médica que no sólo impide que la relación médico-paciente se de en forma óptima sino que puede llegar hasta los delitos de negligencia o de incompetencia médicas.

2) *Docencia*. La palabra "doctor" se deriva de la voz latina *docere*, que significa "enseñar". El hecho de que el sinónimo más usado del término "médico" en nuestro medio sea la voz "doctor" no es casual ni está ausente de razones históricas. Para que la relación médico-paciente sea óptima el doctor debe instruir a su enfermo, a sus familiares y a sus amigos, sobre todos los detalles de su padecimiento, de sus causas, de sus síntomas, de su tratamiento y sus resultados (positivos y negativos), de su pronóstico; debe instruirlos una y otra vez, tantas como sea necesario para sembrar y reforzar la confianza del paciente. Pero la obligación ética docente del médico no se limita al círculo restringido de sus enfermos, sus familiares y amigos, sino que abarca a todos aquellos que puedan beneficiarse con sus conocimientos especializados: colegas, enfermeras y otro personal de salud, funcionarios, estudiantes y el público en general. Esto significa que el médico debe dar conferencias, seminarios, clases y pláticas informales sobre su ciencia, y además escribir artículos de divulgación y hasta libros dirigidos al público en general. No hacerlo es una falta de ética médica, porque de manera directa o indirecta interfiere con el desarrollo de una relación óptima médico-paciente.

3) *Investigación*. El médico tiene la obligación moral de contribuir (en la medida de sus posibilidades) a aumentar el conocimiento científico en que se basa su propia práctica profesional y la de sus colegas. En otras palabras, la investigación es una de las obligaciones éticas del médico. Esto se deriva del siguiente razonamiento: la medicina científica (la mal llamada hoy "medicina basada en la evidencia") que es la que todos ejercemos, se basa en el conocimiento obtenido científicamente, o sea en observaciones reproducibles, adecuadamente documentadas y estadísticamente significativas. Lo apoyado en la tradición y lo puramente anecdótico no tienen valor científico (aunque sí un gran impacto cultural) y por lo tanto no forman parte de la medicina científica, pero en cambio constituyen la base de las medicinas "alternativas" o "tradicionales". Existe un acuerdo generalizado en la sociedad contemporánea en que las mejores y más prestigiadas instituciones médicas son aquellas en las que se practica y se enseña la medicina científica. El médico debe realizar el ejercicio de su profesión con un espíritu inquisitivo, basado en la duda metódica y en el examen riguroso de todas las posibilidades, actuando en todo momento con sentido crítico y pensamiento racional, o sea dentro de un marco científico, sin dejarse llevar por corazonadas o datos anecdóticos. No se trata de que abandone la práctica de la medicina para convertirse en un investigador de tiempo completo, sino que ejerza su profesión con el mismo cuidado y el mismo interés en generar nuevos conocimientos, siempre que esté a su alcance, porque de eso dependerá que la medicina progrese, contribuyendo a que la relación médico-paciente sea cada vez mejor y más eficiente.

4) *Manejo integral*. El médico debe tener siempre presente que el enfermo acude a solicitarle ayuda para que lo cure o lo alivie de su *padecimiento*, lo que es algo distinto de su *enfermedad*, aunque el primer término incluye al segundo. Para poner un ejemplo, el enfermo puede tener una tuberculosis pulmonar; pero lo que lo lleva a ver al médico son la astenia, la falta de apetito, la palidez, el insomnio, la febrícula, la tos, la disnea, y además el miedo de lo que pueda pasarle, de que lo tengan que operar, la angustia por su familia, por dejar de trabajar, por interrumpir su vida habitual, y naturalmente el terror ante la muerte. Todo esto es lo que el enfermo *padece*, y es lo que espera que el médico le quite al curarlo. Es claro que si la enfermedad se diagnostica y se trata en forma adecuada, buena parte o todo el padecimiento se irá aliviando, pero así como la tuberculosis requirió diagnóstico correcto y el uso de drogas eficientes, el resto de la carga que agobia al paciente también necesita ser identificada, examinada y manejada por el médico con delicadeza, discreción y respeto, porque el enfermo acudió a solicitar ayuda para que le resolvieran su *problema*, porque él no podía

hacerlo solo. El médico que no se involucra en su atención con el padecimiento integral del paciente, sino que se conforma con diagnosticar y tratar la enfermedad, o que lo abandona cuando ya ha agotado sus recursos terapéuticos curativos o paliativos, está cometiendo una grave falta de ética médica al no cumplir con los objetivos de la medicina, está ignorando su obligación profesional de curar, o *aliviar, cuando no se puede curar, de siempre apoyar y consolar al enfermo, y de evitar las muertes prematuras e innecesarias.*

PARTE II

Definición legal y médica de muerte

Durante muchos años el concepto médico de muerte era el mismo que el del público en general, o sea la suspensión permanente de las funciones cardiorrespiratorias; el miedo a ser enterrado vivo hizo que en el pasado el lapso considerado prudente para afirmar la irreversibilidad del proceso se prolongara hasta por 72 o más horas, antes de certificar la muerte. Sin embargo, a partir de la década de los 50s los avances en terapia intensiva permitieron mantener las funciones cardíaca y respiratoria durante tiempos prácticamente indefinidos en sujetos que obviamente ya estaban muertos. Al mismo tiempo, el progreso en el uso clínico de trasplantes de órganos y tejidos para el tratamiento de distintas enfermedades graves renales, hepáticas, cardíacas y de otros órganos, cuyos resultados son mejores si se usan órganos obtenidos de sujetos recién fallecidos, aumentó la presión para reconsiderar el diagnóstico de muerte. En 1966, un grupo de médicos de la Universidad de Harvard propusieron el concepto de muerte cerebral, que se fue modificando a lo largo de los años y que en la actualidad ya se acepta internacionalmente⁵. En México, la Ley General de Salud (reformada el 26 de mayo de 2000) define la muerte de la manera siguiente:

Art. 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales.*
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y*
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.*

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

I. Angiografía cerebral bilateral que demuestra ausencia de circulación cerebral, o

II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

De acuerdo con esta definición, el diagnóstico de muerte cerebral requiere ausencia de funciones de la corteza y del tallo, junto con falta de circulación cerebral; sin embargo, se ha propuesto que sólo se tome en cuenta la falta permanente e irreversible de las funciones de la corteza, como ocurre en sujetos descerebrados que conservan el automatismo cardiorrespiratorio. Por otro lado, también se han presentado casos (no en nuestro país) de pacientes con inconciencia irreversible y sin automatismo cardiorrespiratorio, pero que se mantienen "vivos" gracias a técnicas de terapia intensiva. De acuerdo con la ley mexicana, los primeros están vivos mientras los segundos ya están muertos, pero en otros países (E.U.A., Inglaterra, Alemania) los dos tipos de casos están vivos.

Esto se menciona para ilustrar que el concepto *legal* de muerte ha cambiado con el tiempo y también que no es uniforme, por lo menos en el mundo occidental. La situación del concepto *médico* de muerte es todavía más compleja desde un punto de vista ético, porque agrega otras dos dimensiones que no existen en la ley: su *oportunidad* y su *necesidad*. Estas aseveraciones se aclaran en los párrafos siguientes.

Iniciar y suspender medidas de terapia intensiva en pacientes terminales.

Ocasionalmente (la frecuencia real se desconoce, pero debe ser rara) el personal de salud que trabaja en Unidades de Terapia Intensiva se enfrenta a dos tipos de casos: 1) el enfermo conciente en estado terminal de un padecimiento que no tiene remedio posible, que rechaza cualquier tipo de tratamiento porque prefiere morir a seguir sufriendo; 2) el enfermo en las mismas condiciones pero inconsciente, acompañado por familiares cercanos que conocen sus deseos de terminar con su existencia. Esto no es un ejercicio teórico: yo tuve la trágica experiencia de mi amigo Ivano Gómez Leal, enfisematoso crónico a quien, durante un episodio neumónico, en una Unidad de Terapia Intensiva le salvaron la vida intubándolo y dándole antibióticos; cuando Ivano regresó a su casa les dijo a su esposa y a sus hijos:

"Si vuelvo a tener un problema de este tipo, por ningún motivo dejen que me vuelvan a intubar..." Meses después, en su siguiente hospitalización, Ivaro murió de insuficiencia respiratoria porque, siguiendo sus instrucciones, no se le intubó. Cuando el paciente ya no puede expresar su rechazo de todo tipo de terapia porque está inconsciente, pero sus familiares saben (por haberlo discutido con él cuando podía hacerlo) que ese era su deseo, el médico debe aceptarlo y no iniciar maniobras heroicas para prolongarle una vida indeseada. En estos casos lo que prevalece es la voluntad autónoma del paciente, que debe respetarse por encima de cualquier otra consideración; el médico debe asegurarse de que el enfermo posee toda la información sobre las consecuencias de su decisión, pero ahí termina su responsabilidad.

Sin embargo, hay otros casos en los que la voluntad del paciente terminal se desconoce y los familiares cercanos (si los hay) no se ponen de acuerdo sobre ella. Aquí la pregunta es, ¿quién decide si se instalan o no medidas terapéuticas de emergencia para prolongarle la vida? La respuesta es, obviamente, el médico.

De acuerdo con el código ético médico definido en párrafos anteriores, basado en los objetivos de la medicina, un deber del médico es evitar las muertes prematuras e innecesarias. Pero ese código no dice nada de las muertes oportunas o inevitables, y menos de las deseables y benéficas. En pacientes con enfermedades terminales, o de edad muy avanzada, o las dos cosas, que han caído en coma varias veces y en los que tanto la medicina terapéutica como la paliativa ya no tienen nada más que ofrecer, en los que nuevos esfuerzos de terapia intensiva no van a prolongarles la vida sino sólo la inconciencia, además de mantener la espera angustiada de la familia, y no pocas veces a sumar a esta tragedia la de la ruina económica, la muerte se transforma en deseable y benéfica para todos, y en especial para el enfermo. Aquí el médico que suspende las maniobras para mantener las funciones cardiorrespiratorias actúa dentro de la ética médica porque está resolviendo el problema de su paciente de acuerdo con los objetivos de la medicina.

El suicidio asistido y la eutanasia

En términos generales se distinguen dos formas de eutanasia, la activa y la pasiva; el suicidio asistido es una variedad de la eutanasia activa. La diferencia entre las dos formas estriba en que en la eutanasia activa el paciente terminal fallece como consecuencia directa de una acción intencionada del médico, mientras que en la eutanasia pasiva la muerte del enfermo se debe a la omisión o suspensión por el médico del uso de medidas que podrían prolongarle la vida (*vid supra*). Naturalmente, no es necesario ser médico para practicar eutanasia, pero con frecuencia el médico está involucrado en situaciones en las que debe hacer una decisión al respecto.

Desde el punto de vista de la ética médica (o por lo menos, enunciados en su nombre) los pronunciamientos en contra de la eutanasia en nuestro medio son los más comunes; dos ejemplos de ellos son los siguientes:

"Nuestra institución (un hospital privado) considera no ética la práctica de la eutanasia, bajo ninguna circunstancia o presión, solicitud del paciente, de la familia o allegados, ni aún en casos de enfermedad avanzada incapacitante total o en pacientes en extrema gravedad."

"(El médico) invariablemente está comprometido a salvaguardar la vida y por lo tanto no le está permitido atentar contra ella. Favorecer una muerte digna implica ayudar al enfermo a sufrir lo menos posible; ofrecerle la mayor atención médica disponible; estar a su lado con un verdadero acompañamiento humano y espiritual y ayudarlo a encontrar un sentido plenamente humano a los sufrimientos que no se pueden evitar."

Respecto al primer pronunciamiento no puede decirse nada porque no se dan razones para justificarlo; simplemente, se trata del enunciado de una política institucional, como también podría serlo "No se aceptan tarjetas de crédito". El segundo texto presupone tres principios, dos de ellos no documentados y discutibles y el otro simplemente falso. 1) Se dice en primer lugar que el médico "siempre" está comprometido a conservar la vida y tiene prohibido "atentar" en su contra, pero esta es una opinión no basada en la ética médica sino en un código propuesto en el siglo V a.C. (el Juramento Hipocrático) y cuya vigencia sólo se reclama cuando coincide con la ética trascendental⁶. En mi opinión, el médico no está "siempre" comprometido éticamente a conservar la vida, cualquiera que esta sea, sino sólo aquella que el paciente considere tolerable por sus sufrimientos y digna para su persona; la obligación ética del médico es evitar las muertes prematuras e innecesarias, pero no las deseables y benéficas (*vid supra*). 2) Además, me parece perverso y definitivamente sectario seguir sosteniendo en el siglo XXI el mito judeo-cristiano primitivo que le asigna al dolor físico intolerable y a otras formas horribles de sufrimiento terminal, como la asfixia progresiva y consciente del enfisematoso, o el terror a la desintegración mental del paciente con Alzheimer; un "sentido plenamente humano". La frase está vacía de contenido objetivo y sólo es aceptable para los que comparten ese tipo de creencias religiosas. 3) Es falso que haya sufrimientos "que no se pueden evitar". Esa es precisamente la función del suicidio asistido y la eutanasia, evitarle al paciente terminal los sufrimientos inútiles que le impiden morir con dignidad, cuando la vida ya se ha transformado, *para él*, en algo peor que la muerte.

Ocasionalmente se señalan dos objeciones médicas racionales a la eutanasia: 1) la solicitud de un paciente para que el médico termine con su vida puede ser el resultado de una depresión transitoria, que puede desaparecer cuando el enfermo mejora o se alivian su dolor y sus otras molestias, y 2) es muy difícil para el médico estar completamente seguro de que un enfermo en estado terminal no puede salir adelante, aunque sea por poco tiempo, en condiciones que le permitan disfrutar de sus seres queridos o actuar y hacer decisiones relacionadas con su propia vida y sus intereses. Ambas objeciones son reales y deben tomarse mucho en cuenta, porque plantean la necesidad de que el médico conozca muy bien a sus enfermos, de que tenga los diagnósticos correctos y de que haya realizado todos los esfuerzos terapéuticos a su alcance para evitarles sus sufrimientos, y también porque subrayan la incertidumbre que acecha todos los actos médicos, del peligro de confundir un juicio del médico sobre la realidad, con la realidad misma. Pero aún tomando muy en cuenta las objeciones médicas señaladas, tarde o temprano se llega a situaciones en las que el suicidio asistido o la eutanasia son las únicas formas de ayudar al paciente a acabar con sus sufrimientos y a morir en forma digna y de acuerdo con sus deseos. En tales circunstancias, el médico puede hacer dos cosas: desatender los deseos del paciente y de sus familiares y continuar intentando disminuir sus sufrimientos en contra de la voluntad expresa de ellos (pero quizá actuando de acuerdo con sus creencias, lo que no tiene nada que ver con la ética médica), o bien ayudar al enfermo a morir con dignidad (pero cometiendo un delito). La siguiente experiencia personal, que me obligó a reflexionar más sobre ética médica y eutanasia, ilustra el dilema mencionado: uno de mis maestros y muy querido amigo durante casi 50 años, el famoso Dr. Lauren Ackerman, quien fuera profesor de patología en la Escuela de Medicina de la Universidad Washington, en San Louis Missouri, y después en la Escuela de Medicina de la Universidad del Norte de Nueva York, en Stony Brook, en los E.U.A., a quien a los 88 años de edad se le diagnosticó un adenocarcinoma del colon, se preparó para una laparotomía exploradora y, en su caso, extirpación del tumor: Conocedor como pocos de la historia natural de las enfermedades neoplásicas, antes de la operación le pidió al anestesiólogo (que era su amigo y compañero de golf): "*Si tengo metástasis hepáticas ya no me despiertes ...*" En la operación se demostró lo que el Dr. Ackerman temía, o sea que su cáncer ya había avanzado más allá de cualquier posibilidad de curación. De acuerdo con su petición, el Dr. Ackerman murió en la mesa de operaciones de un paro cardíaco para el que no se hicieron maniobras de rescate.

Considerando los objetivos de la medicina, el dilema ético médico planteado entre el suicidio asistido y la eutanasia, por un lado, y su rechazo,

por el otro, en casos que cumplen con las características de irreversibilidad y de solicitud conciente y reiterada de terminar la vida, sea por sufrimientos insoportables o por la anticipación de una muerte indigna precedida por la destrucción progresiva del individuo, en mi opinión debe resolverse en favor del suicidio asistido y la eutanasia. De esa manera se cumple con la función de apoyar y consolar al paciente, ya que no se le puede ni curar ni aliviar. No hay ninguna *razón ética médica* para que el médico se rehúse a contribuir con sus conocimientos a terminar con la vida de un paciente cuando este ya no desea seguir viviendo por las causas mencionadas, o cuando su inconciencia no le permite solicitarlo pero los familiares cercanos conocen sus deseos. El rechazo de la eutanasia no se hace por razones de una ética médica basada en los objetivos de la medicina (aunque a veces así se señale) sino por otras que no tienen nada que ver con la medicina sino con creencias religiosas.

Por otro lado, existe una sólida tradición en favor de la eutanasia, iniciada en 1935 en Inglaterra con un grupo llamado *The Voluntary Euthanasia Society*, a la que pertenecieron personajes como H.G. Wells, Julian Huxley y George Bernard Shaw, y uno de los documentos más elocuentes en favor de la eutanasia apareció en 1974, firmado por 40 personajes eminentes, entre ellos tres Premios Nobel, Linus Pauling, George Thomson y Jacques Monod, que en parte dice lo siguiente:

"Los abajo firmantes declaramos nuestro apoyo, basado en motivos éticos, a la eutanasia benéfica. Creemos que la reflexión de la conciencia ética ha llegado al punto que hace posible que las sociedades elaboren una política humana en relación con la muerte y el morir. Apelamos a la opinión pública ilustrada para que supere los tabúes tradicionales y para que se mueva en la dirección de una visión compasiva hacia el sufrimiento innecesario en el proceso de la muerte ... Por razones éticas nos declaramos en favor de la eutanasia ... Mantenemos que es inmoral tolerar, aceptar e imponer sufrimientos innecesarios ... Creemos en el valor y en la dignidad del individuo. Ello exige que sea tratado con respeto y, en consecuencia, que sea libre para decidir sobre su propia muerte ... Ninguna moral racional puede prohibir categóricamente la terminación de la vida si ha sido ensombrecida por una enfermedad horrible para la que son inútiles todos los remedios y medidas disponibles ... Es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida en vida en contra de su

voluntad, rehusándole la liberación que desea, cuando su vida ha perdido toda dignidad, belleza, sentido y perspectiva de porvenir. El sufrimiento inútil es un mal que debería evitarse en las sociedades civilizadas ... Desde el punto de vista ético, la muerte debería ser considerada como parte integrante de la vida. Puesto que todo individuo tiene derecho a vivir con dignidad... también tiene el derecho de morir con dignidad ... Para una ética humanista, la preocupación primaria del médico en los estadios terminales de una enfermedad incurable debería ser el alivio del sufrimiento. Si el médico que atiende al enfermo rechaza tal actitud, debería llamarse a otro que se haga cargo del caso ... La práctica de la eutanasia voluntaria humanitaria, pedida por el enfermo, mejorará la condición general de los seres humanos y, una vez que se establezcan las medidas de protección legal, animará a los hombres a actuar en ese sentido por bondad y en función de lo que es justo. Creemos que la sociedad no tiene ni interés ni necesidad verdaderas en hacer sobrevivir a un enfermo condenado en contra de su voluntad, y que el derecho a la eutanasia benéfica, mediante procedimientos adecuados de vigilancia, puede ser protegido de los abusos."

En relación con la vigilancia y los abusos posibles de la eutanasia benéfica, la experiencia de Holanda ha sido muy reveladora. A pesar de que la ley prohibía la eutanasia y el suicidio asistido, en la práctica las autoridades no actuaban en contra de los médicos involucrados. En un estudio realizado en 1995 se encontró que de 9700 solicitudes anuales de eutanasia activa voluntaria se llevaron a cabo 3200; en cambio, en ese mismo lapso se realizaron 400 suicidios asistidos voluntarios y 900 casos de eutanasia no solicitados. Además, en cerca de 25000 casos la muerte se acelera debido al tratamiento intensivo del dolor y otros problemas, y en otros 27000 casos la muerte ocurre debido a la suspensión o a la falta de iniciación del tratamiento. En total, estos 58000 casos constituyen el 42.6% de todas muertes anuales en Holanda⁷. Con estas cifras, la Real Sociedad Médica Holandesa hizo una propuesta al gobierno en 1997 para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, a lo que los Ministerios de Justicia y de Salud, Bienestar y Deportes respondieron ese mismo año estableciendo cinco comités regionales para evaluar retrospectivamente todos los casos comunicados de esos episodios, que iniciaron sus trabajos en diciembre de 1998. Menos de un año después el gobierno introdujo la legalización del suicidio asistido y la eutanasia, siempre

y cuando se cumpla con ciertos requisitos que son revisados por dos comités, uno médico y otro legal. Después de 5 años de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido, los resultados en Holanda han sido tan benéficos para la población que otros países europeos, como Bélgica e Inglaterra, se están preparando para seguir la huella de los holandeses.

REFERENCIAS

1. Cerejido, M.: Biología de la muerte, en Pérez Tamayo, R. (Coord.): *La Muerte*. El Colegio Nacional, México, 2004, pp. 7 – 54.
2. Medawar, P.B.S.: Old age and natural death, en Medawar, P.B.S.: *The Uniqueness of the Individual*. Methuen & Co., London, 1957, pp. 17 – 43.
3. Pérez Tamayo, R.: *Ética Médica Laica*. El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica, México, 2002, pp. 84 – 91.
4. Vázquez, R.: *Del Aborto a la Clonación. Principios de una Bioética Liberal*. Fondo de Cultura Económica, México, 2004, pp. 19 – 44.
5. Wijdicks, E.F.M.: Current concepts: the diagnosis of brain death. *New Engl Med* 344: 1215 – 1221, 2001.
6. Miles, S.H.: *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine*. Oxford University Press, New York, 2004, passim.
7. Van Leeuwen, E., Kimsma, G.: Problems involved in moral justification of medical assistance in dying. Coming to terms with euthanasia and physician-assisted suicide, en Cohen-Almagor R. (Corrd.): *Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century*. *Ann New York Acad Sci* 913: 2000, pp.157 – 173.

INVESTIGACIÓN CON EMBRIONES Y CLONACIÓN: LA ÉTICA DE LA RAZONABILIDAD

Manuel Atienza *

La investigación con embriones y la clonación son, muy probablemente, los dos temas de la bioética sobre los que más se ha escrito en los últimos tiempos. Constituyen, podría decirse, prototipos de cuestiones polémicas que son el objeto de innumerables mesas redondas, programas de debate, etc. La razón de ello no es muy difícil de averiguar: la respuesta que se da a si se debe permitir investigar con embriones para fines terapéuticos o de otro tipo y a si es o no en algún caso aceptable la clonación terapéutica o la reproductiva depende, a su vez, de una cuestión más general y más básica: la del estatuto moral del embrión; y esta última (de la que depende también la respuesta a otros problemas como el aborto o la elección de sexo) es una cuestión sobre la que la gente parece tener hondas diferencias. Quizás pudiera decirse, siguiendo a Ortega y Gasset¹, que esas diferencias se dan no en el plano de las *ideas*, sino en el de las *creencias*; o, dicho de otra manera, en el de las ideas más básicas que "constituyen el estrato más profundo de nuestra vida" (p. 34); que no han sido creadas por nosotros, sino que más bien las heredamos; y sobre las que no es posible dudar: precisamente, Ortega consideraba que cuando nos encontramos sin creencias, en la duda, es cuando surge la necesidad de construir ideas (filosóficas, científicas, religiosas) que, si llegan a consolidarse (como ocurrió con la idea de razón de la modernidad), se transforman, a su vez, en creencias. De manera que, utilizando esa distinción, habría que llegar quizás a la conclusión de que las diferencias de creencias no pueden ser resueltas (o, al menos, no pueden serlo exclusivamente) por medios intelectuales. Y, en definitiva, tendríamos una explicación a la polémica que acompaña al tema que nos interesa.

2. Y sin embargo, las cosas no son lo que parecería que tendrían que ser: Gente con creencias -ideologías- muy distintas, por no decir contrapuestas, no tienen tanta dificultad, como a primera vista pudiera parecer, para ponerse de acuerdo sobre cómo deberían resolverse esos problemas. La expe-

* Profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad de Alicante, España.

1. José Ortega y Gasset, *Ideas y creencias*, Alianza Editorial, 4ªed., Madrid, 1999.

riencia de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, a la que pertenezco, puede servir -con las limitaciones que luego señalaré- como un primer ejemplo de lo que quiero decir. A ese añadiré un segundo ejemplo: el del informe de la Cámara de los Lores, sobre la investigación con células troncales, de febrero de 2002

La Comisión de Reproducción Humana Asistida es una institución prevista en la ley española del mismo nombre, de 1988, pero no se constituyó hasta el año 1997. Está compuesta por 22 miembros (más dos representantes de la administración y un secretario), que representan diversas profesiones, ideologías, ámbitos geográficos ... Hasta la fecha, ha elaborado dos informes: uno publicado, y otro no publicado por razones "políticas" seguramente conectadas con el tema sobre el que versa este artículo.

En el primer informe (del año 1998), la Comisión se pronunció sobre diversas cuestiones que no plantearon mayores problemas para alcanzar un consenso (la crioconservación de semen y de ovocitos, la retribución de la donación de gametos), pero también (en relación con la crioconservación de embriones) sobre el espinoso tema de la clonación. Al respecto, se partía de la distinción usual entre clonación reproductiva y no reproductiva y, dentro de la que tiene una finalidad reproductiva, se diferenciaban dos modalidades: la clonación por gemelación y por transferencia de núcleos. La mayoría de la Comisión (y cuando hablo de "mayoría" excluyo sólo a dos de sus miembros) entendió que la clonación por gemelación no podía rechazarse de manera absoluta, y no excluía que, excepcionalmente, pudiera resultar aceptable en determinadas situaciones como "el caso de la fecundación in vitro cuando la pareja tenga mucha dificultad en conseguir siquiera un embrión y se pretenda obtener varios embriones a partir del conseguido, mediante separación de sus blastómeros". En cuanto a la clonación por transferencia de núcleos, aun considerando que hay diversas razones de peso para oponerse a esa técnica, las únicas que justificarían "un rechazo absoluto a la clonación con fines reproductivos" en el momento actual se refieren a la seguridad (a la falta de seguridad) en el manejo de esa técnica; de manera que la Comisión -esa mayoría de sus miembros- dejaba abierta la posibilidad de que, aunque excepcionalmente, pudiera llegar a usarse esa técnica, por ejemplo, "en el caso de que exista el riesgo de transmisión de ciertas anomalías genéticas". Finalmente, y a propósito ahora de la clonación no reproductiva, o sea, la clonación "de líneas celulares para establecer un cultivo de tejidos y, si fuera posible, de órganos", la conclusión -si es que se puede llamar "conclusión"- a la que se llegó es que "se trata de un debate en el que la posición de distintos miembros de la Comisión es diferente y que (...) no se ha cerrado todavía".

Alguien podría decir que esos acuerdos no son como para despertar un gran entusiasmo y, de hecho, no tuvieron una acogida demasiado favorable en diversos medios de comunicación. Pero, en realidad, tenían un mayor significado de lo que su cauteloso lenguaje podría dar a entender. Pues lo que venía a decirse era que no había razones que justificaran una prohibición absoluta de la clonación; o, en otros términos, que la clonación debía prohibirse en principio, pero dejando abierta la posibilidad de que la misma se levantase cuando concurrieran circunstancias extraordinarias, algunas de las cuales no podían preverse en ese momento. Y así fue también como lo entendieron los miembros discrepantes de la comisión, uno de los cuales señalaba -en el voto particular en el que justificaba su apartamiento del criterio de la mayoría- que "la propuesta del informe, en la línea de la destrucción de los embriones o de su destino a la experimentación" podía significar "una creciente depreciación de esa incipiente realidad humana [los embriones]".

En el segundo informe al que antes me refería -el no publicado-, el tema central lo constituyó la investigación con embriones humanos "sobrantes", esto es, embriones resultantes de la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida y que no van a ser utilizados en la reproducción de la propia pareja o de alguna otra a la que pudieran donarse. El informe de la Comisión (en este caso hubo tres miembros que se apartaron de la opinión mayoritaria) seguía estando redactado en términos de extraordinaria cautela, pero su contenido era, en el fondo, claro. Puede sintetizarse en estos tres puntos: 1) La legitimidad de las técnicas (habituales) de reproducción humana asistida está fuera de discusión; ahora bien, su uso supone la generación de un número de embriones mayor del que es recomendable implantar en cada ciclo de reproducción asistida; de manera que "no es previsible la desaparición del problema de los embriones congelados". 2) La existencia de ese número creciente de embriones sobrantes (junto con otras consideraciones que no vienen al caso) hace que no pueda excluirse "la interrupción de la conservación de éstos", o sea, su destrucción. 3) La investigación con esos embriones sobrantes está justificada si: a) no es posible su donación, de manera que estarían abocados a ser destruidos; b) la investigación se limita a embriones hasta el día 14 de su desarrollo; y c) la investigación está dirigida a aliviar el sufrimiento humano, no podría realizarse en el modelo animal, está garantizada su calidad y seguridad, se ha obtenido el consentimiento informado de los progenitores, y ha pasado el control de diversos comités de ética. La Comisión entendió (ahora con la disidencia de dos de sus miembros) que la ley de 1988, tal y como estaba redactada, no permitía que se pudieran realizar ya esas investigaciones y, en

consecuencia, recomendó al Gobierno que procediera a modificar la ley, en el sentido indicado, para hacer posible una actividad para la que no se veían objeciones de tipo ético. El trasfondo de todo ello -como el lector imaginará fácilmente- eran las posibilidades curativas asociadas a la utilización de células madres o troncales procedentes de embriones.

Pues bien, este consenso, que en el informe de la comisión española se expresaba a veces en forma más bien implícita, fue mucho más claro y vigoroso (aunque no estuviera exento de muchísimos matices) en el caso del Comité británico de la Cámara de los Lores, al que antes me refería, que se dio a conocer en febrero de 2002 y tuvo una amplísima repercusión en los medios de comunicación de todo el mundo.

Ese comité (presidido nada menos que por el obispo de Oxford) se había creado un año antes (en marzo de 2001) para examinar una serie de cuestiones que se habían planteado a propósito de una reglamentación (del Reino Unido) de ese mismo año que ampliaba los supuestos en los que, legalmente, se podía investigar con embriones humanos (la ampliación lo era con respecto a una ley de 1990, la *Human Fertilization and Embryology Act*, que viene a ser el equivalente de la española de 1988). Lo que esencialmente vino a decir el comité puede sintetizarse así: Aun respetando el punto de vista de quienes consideran que cualquier investigación que suponga la destrucción de embriones humanos debe considerarse ilícita (*wrong*), sin embargo, y teniendo muy en cuenta el Derecho vigente en Gran Bretaña y las actitudes sociales de la gente, no puede aceptarse que deba prohibirse de manera absoluta la investigación con embriones en las fases tempranas de su desarrollo. El límite dentro del que pueden desarrollarse las investigaciones es el de 14 días desde la fecundación (el que ya figuraba en la ley, siguiendo el famoso "comité Warnock", cuyo informe se dio a conocer en 1984), y se justifica porque sólo a partir de entonces comienza a aparecer la cresta primitiva, o sea, el precursor del sistema nervioso. La creación de embriones con la finalidad específica de investigación sólo debe autorizarse cuando esas investigaciones no pueden llevarse a cabo con embriones sobrantes. Es lícito, pero bajo condiciones estrictas, investigar con células troncales procedentes de embriones sobrantes, o de embriones creados mediante transferencia de núcleos (clonación no reproductiva). Y debe prohibirse la clonación reproductiva, porque no es una técnica segura y por razones morales referidas esencialmente al bienestar del futuro niño.

Pues bien, lo que ese comité recomendaba no era, en realidad algo muy distinto a lo que había sugerido la comisión española. En mi opinión, lo que diferenciaba a los informes de una y de otro era esencialmente: 1) El hecho de que el comité británico utilizara un lenguaje mucho más explícito

y directo que el de la comisión española, aunque contuviera también diversos elementos retóricos: por ejemplo, el comité insiste en varias ocasiones en que el embrión en la fase de blastocito (del que se extraen las células troncales) es de un tamaño "inferior a una cabeza de alfiler"; y los puntos más delicados del informe están siempre redactados en un estilo dirigido a subrayar que se trata de excepciones respecto a prohibiciones generales (por ejemplo: "no debe autorizarse ... a no ser que ..."). Y 2), la existencia de regulaciones jurídicas distintas en uno y otro país, lo que hacía que en el caso británico se tratara de ratificar normas ya existentes, mientras que la comisión española se planteaba modificar la legislación. Esto último (unido, por supuesto, a la actitud política del Ministerio de Sanidad español de no publicar el informe) hacía que el resultado práctico fuera muy distinto, pero las fundamentaciones morales (las opiniones morales de los miembros del comité) resultaban notablemente afines.

3. Semejante consenso, del que pueden ponerse muchos más ejemplos y que, de todas formas, no es un consenso universal, puede resultar sorprendente para muchos y, por ello, merece la pena analizarlo con más detalle. En concreto, parece interesante tratar de buscar cuál pueda ser su base teórica y, quizás también, cuál la actitud práctica en la que el mismo descansa. Me explicaré.

3.1 Cuando se enjuician cuestiones de bioética, es usual referir la discusión a los llamados *principios de la bioética*, establecido en los años setenta pero que, en realidad, vienen a ser una aplicación, a este campo de la experiencia humana, de lo que bien puede considerarse como principios generales de la ética o, si se quiere, de una ética racionalista. Existen algunas diferencias a la hora de interpretar esos principios y, sobre todo, de fijar qué relaciones -de jerarquía, etc.- pueden establecerse entre ellos pero, en mi opinión², los que podrían llamarse principios básicos o primarios podrían formularse así:

Principio de autonomía: Cada individuo tiene derecho a decidir sobre aquello que afecta a sus condiciones de vida y a su salud.

Principio de dignidad: Ningún ser humano puede ser tratado como un simple medio.

Principio de universalidad (o de igualdad): Quienes están en las mismas condiciones deben ser tratados de manera igual.

Principio de información: Todos los individuos tienen derecho a saber lo que tenga repercusión en sus condiciones de vida y en su salud.

Ahora bien, estos cuatro principios, que permiten resolver lo que

2. Manuel Atienza, "Juridificar la bioética", en Rodolfo Vázquez (compilador), *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales*, Itam-Fondo de Cultura Económica, México, 1999.

cabría llamar *casos fáciles* (es el paciente quien debe decidir si se lleva a cabo o no una intervención que comporta ciertos riesgos; no se puede investigar con seres humanos sin recabar su consentimiento; etc.), son insuficientes, porque pueden darse circunstancias más o menos excepcionales en las que los mismos no pueden aplicarse; por ejemplo, el principio de autonomía presupone que un individuo está en condiciones de tomar decisiones sobre su vida, pero esto -piénsese, sin ir más lejos, en el caso de un menor no siempre ocurre. A los anteriores principios deben, pues, añadirse otros, a los que cabría llamar principios secundarios, y que podrían formularse así:

Principio de paternalismo: Es lícito tomar una decisión que afecta a la vida o salud de otro si:

- este último está en una situación de incompetencia básica, y
- la medida supone un beneficio objetivo para él, y
- se puede presumir racionalmente que consentiría si cesara la situación de incompetencia.

Principio de utilitarismo: Es lícito emprender una acción que no supone un beneficio apreciable para una persona (e incluso que le supone un daño), si con ella:

- se produce (o es racional esperar que se produzca) un beneficio apreciable para otro u otros, y
- se cuenta con el consentimiento del afectado (o se puede presumir racionalmente que consentiría), y
- se trata de una medida no degradante.

Principio de la diferencia: Es lícito tratar a una persona de manera distinta que a otra si:

- la diferencia de trato se basa en una circunstancia que sea universalizable, y
- produce un beneficio apreciable en otra u otras, y
- se puede presumir racionalmente que el peor tratado consentiría si pudiera decidir en circunstancias de imparcialidad.

Principio del secreto: Es lícito ocultar a una persona informaciones que afectan a su salud o condiciones de vida si:

- se respeta su personalidad, o
- se hace posible una investigación a la que ha prestado consentimiento.

Por supuesto, no se pretende que esos principios vayan a permitir resolver sin más todos los problemas que surgen en el campo de la bioética. Pero la idea es que, a partir de ellos, puedan elaborarse reglas específicas que establezcan, por ejemplo, que, bajo determinadas circunstancias, tal

principio prima sobre tal otro, o que cierto tipo de supuesto cae o no cae bajo tal o cual principio.

Ahora bien, el problema que surge en relación con la investigación con embriones y con la clonación es que los anteriores principios parecen estar diseñados para ser aplicados a personas humanas, y lo que aquí está en cuestión es si los embriones, particularmente en su fase temprana de desarrollo (es usual -como lo hace la ley española- llamar "preembrión" al óvulo fecundado hasta el día 14 de su desarrollo), lo son; o, dicho de otra forma, cuál es el estatuto moral del embrión.

Pues bien, la base del consenso al que me he referido viene a ser la siguiente. El embrión (o el preembrión) humano es un bien que merece protección desde el momento de la fecundación, pero no tiene el mismo valor en las distintas fases de su desarrollo, sino que ese valor se va incrementando a medida que se producen ciertos cambios biológicos como la implantación estable en el útero, la aparición de la cresta primitiva, la formación de los órganos ... Se trata de un punto de vista (sostener que los datos biológicos tienen algún significado moral) "intermedio" entre dos extremos (pongamos: la idea de que la capacidad de vivir equivale a ser persona, y la idea de que lo único que tiene significado moral -antes del nacimiento- es la voluntad de la madre³). La existencia de esas diferencias de valor permite efectuar ponderaciones y establecer ciertos criterios, del tipo de: 1) es lícito el uso de las técnicas de reproducción humana asistida aunque -como se ha visto- lleven a la producción de embriones sobrantes; 2) es preferible usar los preembriones sobrantes para fines de investigación, antes que destruirlos; 3) es preferible investigar con preembriones sobrantes, antes que crearlos expresamente para ese propósito; 4) la creación de embriones para fines de investigación sólo está justificada si no es posible realizar esas investigaciones con preembriones sobrantes, ni tampoco en el modelo animal, y es razonable pensar que esas investigaciones tendrán efectos curativos apreciables sobre enfermedades graves; 5) la investigación con embriones, en todo caso, debe realizarse en los 14 primeros días de desarrollo del cigoto; 6) la clonación terapéutica para obtener células troncales debe estar sometida a controles estrictos; 7) la clonación con fines reproductivos, al menos por el momento, debe estar prohibida.

Sin entrar en mayores detalles, creo que puede decirse que ese consenso supone un ajuste, más o menos complejo, entre algunos de los principios (y los valores que los subyacen) que antes he enunciado: así, la autonomía tiene una especial fuerza para justificar el uso de las técnicas de reproducción humana asistida; el paternalismo y el utilitarismo, para justificar la prohibición de la clonación reproductiva; de nuevo el utilitarismo, para jus-

3. Véase, por ejemplo, Luigi Ferrajoli, "La cuestión del embrión", en *Jueces para la democracia*, nº 44, julio/2002.

tificar la investigación con células troncales; y todas esas justificaciones presuponen que el principio de dignidad de la persona humana no se aplica a los embriones en las fases tempranas de su desarrollo (o, por lo menos, que tiene una menor fuerza justificativa que referido a fases más avanzadas).

3.2. Parece, sin embargo, también muy claro que la anterior perspectiva no permite entender cabalmente el consenso al que me estoy refiriendo. Digamos que a esa dimensión a la que cabría llamar objetiva (en el sentido de que vendría a ser la aplicación de ciertos principios -objetivos- a esos problemas) habría que añadirle otra de tipo subjetivo que se centra en la actitud de los protagonistas del consenso. No es sólo que los principios en cuestión puedan interpretarse de diversas formas, sino que la interpretación que de los mismos se hace supone que algunos o muchos de los participantes han tenido que hacer concesiones con respecto a lo que serían sus convicciones más profundas. Habrían preferido otro tipo de acuerdo pero, dadas las circunstancias, consideran que ese es razonable; o, quizás mejor, su actitud razonable (la suya y la de los otros miembros) es lo que hace posible el consenso. ¿Pero qué significa realmente actuar razonablemente o ser una persona razonable?

El concepto de lo razonable juega un papel muy importante en diversas teorías de la argumentación, lo cual resulta particularmente significativo, dada la importancia que tiene la argumentación en el contexto de la bioética. Por ejemplo, el filósofo del Derecho hispano-mexicano Luis Recaséns Siches construyó, por los años 50 y 60, una teoría de la interpretación (jurídica) a partir de lo que llamaba *logos de lo razonable*, que contraponía -siguiendo precisamente a Ortega- al *logos de lo racional*, o sea, a la racionalidad de la lógica formal⁴. Y Chäim Perelman, autor -más o menos por la misma época- de una influyente teoría de la argumentación a la que denominó "nueva retórica", consideraba que lo irrazonable marcaba el límite negativo de cualquier argumentación práctica (jurídica, moral o política) y entendía como irrazonable "lo que es inadmisibles en una comunidad en un momento dado"⁵; o sea, lo razonable -y lo irrazonable- estaría ligado a medir las reacciones del medio social y a su evolución. Sin embargo, en los últimos tiempos, el concepto de lo razonable, en la filosofía práctica, se vincula sobre todo a la última obra del recientemente fallecido John Rawls: *El liberalismo político*⁶.

El problema fundamental que se plantea Rawls en esta obra es el de cómo estabilizar las sociedades pluralistas y democráticas del Estado cons-

4. Luis Recaséns Siches, Nueva filosofía de la interpretación del Derecho, Diana, México, 1956.

5. Chäim Perelman, "Le raisonnable et le déraisonnable en droit », en L.G.L.J., Paris, 1984 ; también Chäim Perelman y Lucie Olbrecht-Tyteca, La nouvelle rhétorique. Traité de l'argumentation, Universidad Libre de Bruselas, 1970.

6. John Rawls, El liberalismo político, (trad. de A. Doménech), Crítica, Barcelona, 1996.

titucional; o sea, cómo puede mantenerse y cómo puede funcionar adecuadamente una sociedad de individuos libres e iguales, que se encuentran divididos en cuestiones de religión, moral o política. Pues bien, en su opinión, lo que permite dar el paso del pluralismo al consenso es precisamente la razonabilidad. Se trata de una idea ciertamente difícil de precisar y a la que caracteriza mediante estos dos rasgos: 1) La razonabilidad supone capacidad para proponer y estar dispuesto a aceptar criterios que se puede esperar que los otros puedan aceptar; o sea, la persona razonable es la que se esfuerza por alcanzar un consenso. 2) La razonabilidad supone también disposición a aceptar lo que Rawls llama "las cargas del juicio", esto es, la existencia de diversas fuentes o causas del desacuerdo entre personas razonables; por ejemplo: se puede estar de acuerdo sobre cuáles son los factores relevantes de un problema, pero en desacuerdo acerca del peso a atribuir a cada uno de ellos; las experiencias globales de los ciudadanos son lo suficientemente dispares como para que sus juicios sean divergentes en muchos casos; con frecuencia existen pros y contras a propósito de una disputa y es difícil hacer una evaluación del conjunto; en ocasiones nos vemos forzados a elegir entre valores (las instituciones sociales no pueden admitirlos todos) y tenemos que restringirlos a la vista de las exigencias de los demás; etcétera (pp. 87-88). Pues bien, cuando los individuos, los ciudadanos, no son únicamente racionales (en el sentido de la racionalidad instrumental y estratégica: capaces de optar por los medios más adecuados para obtener los fines deseados), sino también razonables (capaces de hacerse concesiones mutuas y, en definitiva, de razonar en común) se hace posible lo que este filósofo llama consenso entrecruzado o consenso por solapamiento (*overlapping consensus*) entre las diversas doctrinas religiosas, filosóficas y morales "razonables". La estabilidad de una sociedad "bien ordenada", una sociedad aproximadamente justa, depende, en resumidas cuentas, de que pueda alcanzarse ese consenso.

En los documentos (los dos españoles y el británico) antes mencionados hay claras muestras de esa actitud a favor de la razonabilidad. Por ejemplo, en el informe de la comisión española (el segundo informe) se señala que el debate sobre la investigación con embriones puede llevarse a cabo: partiendo del establecimiento del estatuto del embrión en cada uno de sus diferentes estadios; o bien afrontando los problemas éticos concretos que surgen como consecuencia del desarrollo científico y técnico. La comisión opta por la segunda metodología (digamos, por un procedimiento más casuístico) porque considera que, de esa forma, es más fácil obviar las diferencias existentes entre los miembros de la comisión a propósito de la valoración y el sentido de la vida humana. La idea es que, dado el plura-

lismo de nuestra sociedad y el hecho de que convivan en ella diversos ideales de lo que habría que entender por "vida buena", hay que tratar de que ninguno se imponga a los otros; ello se lograría centrándose no en los elementos diferenciadores, sino en los comunes, que vienen a constituir unos "mínimos éticos de justicia" o una "ética cívica" (otro nombre para el consenso por solapamiento) que es lo que habría que tratar de llevar a las instituciones sociales. Es interesante además señalar que el lenguaje de la razonabilidad es también usado, ahora en forma explícita, por uno de los miembros discrepantes; éste, aun reconociendo la razonabilidad de la postura de la mayoría, defiende la suya (consistente en propugnar la prohibición absoluta de investigar con embriones) en base a su carácter igualmente razonable: "no se puede negar razonabilidad a una postura [la de la Iglesia católica] que (...) extrema el respeto hacia una realidad que, como mínimo (...) está en el origen de la constitución de un ser (...) humano (...) Dado (...) que aquí está en juego (...) la vida humana, considero de nuevo razonable que se conceda al embrión humano el 'beneficio de la duda'".

En el caso del informe británico, lo que antes llamé "elementos retóricos" tienen no sólo una finalidad que podría llamarse "persuasiva" en relación con la postura defendida por el comité, sino que están dirigidos también a evitar una confrontación directa con opiniones contrapuestas a las suyas (aunque, a la vista de lo sucedido, no parece que pueda decirse que le haya acompañado el éxito). Así, uno de los apéndices del documento (el 3) contiene un impresionante elenco de organizaciones e individuos a los que el comité había pedido opinión: unas 50 organizaciones (que van desde iglesias a universidades, pasando por diversos organismos científicos, grupos "pro vida", etc.) y otros tantos individuos (científicos, clérigos, humanistas ...). El comité lo presidía una personalidad relevante de la iglesia anglicana, el obispo de Oxford, de manera que el informe no puede interpretarse como una imposición de la ideología del laicismo frente a las concepciones religiosas de la vida. Y, sobre todo, como antes señalaba, el comité mostraba su respeto por aquellas concepciones para las que la destrucción de un embrión humano, en cualquier fase de su desarrollo, representa una conducta ilícita.

4. El problema de todo esto -el problema del consenso- radica, sin embargo, en donde el perspicaz lector ya habrá adivinado: se trata de un consenso que contradice frontalmente la doctrina de varias organizaciones religiosas de enorme influencia social; en particular, la de la Iglesia católica.

Sobre esa incompatibilidad no cabe albergar la menor duda. El mismo día en que escribo estas líneas (20-XII-2002), la prensa publica una

declaración de los obispos españoles calificando de ilícita, de manera absoluta, la investigación con células troncales procedentes de preembriones viables o no viables: “es inaceptable moralmente –afirman de manera categórica- la producción, manipulación y destrucción de embriones humanos”. Es cierto que los obispos proponen como alternativa la utilización de células madre procedentes de adultos, pero esa no parece, en realidad, ser una alternativa: de acuerdo con el tantas veces mencionado informe británico (apartado 3. 17), la investigación básica con células procedentes de embriones es, hoy por hoy, indispensable para poder comprender los procesos de diferenciación y desdiferenciación celular, y sin este tipo de conocimiento no puede pensarse en usar células troncales procedentes de adultos. El problema de fondo, el *quid* de la cuestión, es que la doctrina oficial de la Iglesia católica se opone a la investigación con embriones, en cualquier fase de su desarrollo, y a la clonación (al igual que prácticamente a la utilización de cualquier técnica de reproducción humana asistida⁷) porque, en relación con los principios de la bioética a los que antes me refería, parte de que el óvulo fecundado es una persona moral en el mismo sentido en que lo es un ser humano adulto. Por eso, cualquier uso que se haga de los embriones es visto como un atentado contra la dignidad humana y, en definitiva, no cabe aceptar los juicios de preferencia que señalaba en el apartado 3.1. La pregunta a hacerse podría, pues, reducirse a esto: ¿significa esa interpretación de los principios de la bioética -de los principios morales- adoptar una actitud irrazonable?; y, si es así, ¿por qué?

John Rawls, en el libro antes recordado, ponía precisamente como ejemplo de irrazonabilidad la actitud de quienes -como la Iglesia católica- se mostraban partidarios de prohibir el aborto dentro de los tres primeros meses del embarazo: “cualquier doctrina comprensiva que lleve a un balance de los valores políticos [respeto a la vida humana, reproducción ordenada de la sociedad política e igualdad de la mujer] que excluye ese derecho debidamente cualificado [el derecho al aborto] en el primer tri-

7. En relación con las técnicas de reproducción humana asistida, a la razón anterior (el uso estándar de las técnicas de reproducción humana asistida supone -como ya se ha dicho- que se produzcan preembriones sobrantes) se añade otra: la Iglesia considera inmoral la creación de niños sin que exista relación sexual. A propósito de la fecundación in vitro, Lee M. Silver (*Vuelta al Edén. Más allá de la clonación en un mundo feliz*, Taurus, Madrid, 1997) recoge la siguiente propuesta del Vaticano que, en mi opinión, es un ejemplo llamativo de conducta irrazonable: “De hecho, el Vaticano parece dispuesto a aceptar una variante del protocolo FIV [fecundación in vitro] que empieza con una relación sexual mantenida por la pareja estéril mientras el marido lleva un condón especial en el que se han hecho a propósito pequeños agujeros para respetar el edicto de la iglesia contra la contracepción. Una vez que la relación sexual se ha consumado, el esperma que ha quedado en el condón especial es recogido y colocado en una cápsula de laboratorio junto a los óvulos que han sido antes extraídos del ovario de la mujer. Entonces, rápidamente se inserta de nuevo la mezcla global en la trompa de Falopio de la esposa, de modo que la fertilización pueda tener lugar en el interior más que en el exterior. A este protocolo se le ha dado el acrónimo GIFT [en inglés, regalo], no sólo para distinguirlo de la tecnología FIV, moralmente sospechosa, sino también para dar la imagen de un regalo de vida que procede directamente de Dios” (p. 96)

mestre es, en esta medida, irrazonable; y, dependiendo de los detalles de su formulación, puede llegar a ser incluso cruel y opresiva” (pp. 278-279, nota 32). Yo creo que otro tanto puede decirse de la prohibición con carácter absoluto de la investigación con embriones y de la clonación (reproductiva y no reproductiva).

En mi opinión, hay sobre todo dos argumentos que permiten llegar a esta conclusión. El uno tiene que ver con las consecuencias inaceptables que se derivan de esa postura y, de alguna forma, está conectado con la no asunción de lo que Rawls llamaba las “cargas del juicio”. Eso se ve cuando se sostiene (por ejemplo, en uno de los votos particulares del segundo informe de la comisión española) que en la fecundación in vitro no deben producirse embriones que no vayan a ser implantados, embriones sobrantes, para evitar así su destrucción o su uso para fines de investigación; con lo cual se está renunciando prácticamente al uso de esa técnica y, como consecuencia, negando a muchos individuos el derecho a ser padres. O cuando se está dispuesto (postura defendida en otro de los votos particulares de ese informe) a considerar la destrucción de los embriones sobrantes como un “mal menor” con respecto a su utilización para fines de investigación. Y, quizás sobre todo, cuando el “derecho” de un preembrión a no ser manipulado (incluso cuando se trata de preembriones no viables, esto es, que nunca van a generar una vida humana) se pone por encima del derecho de los pacientes de Alzheimer, Parkinson o diabetes a obtener (a la esperanza fundada de obtener) una curación de sus enfermedades; así, en uno de los últimos números de la revista *Arbil*, de clara inspiración católica, puede leerse: “si el único modo de obtener células madre aplicables a la medicina reparadora fuera a partir de embriones, tampoco en este caso sería lícita su utilización, a pesar de ser muchísimos los enfermos que se podrían beneficiar de estas estrategias terapéuticas”.

El segundo argumento (vinculado a la primera de las características de la razonabilidad que identificaba Rawls) viene a ser el siguiente. Hay una noción de razonabilidad que, de alguna manera, está presente en nuestras prácticas argumentativas, y según la cual, las razones que mutuamente nos damos en el discurso público tienen que poder ser comprendidas y, eventualmente, aceptadas por todos los otros, es decir, por cualquiera que participe en el debate como ciudadano libre e igual a los demás. Pero esto no ocurre en relación con las de la Iglesia católica, cuya comprensión y aceptación exigen un acto de fe que, por definición, deja fuera a los no creyentes. Dicho de otra forma, no son razones que puedan ser universalizadas en el contexto de nuestras sociedades pluralistas, que puedan valer frente a todos. Pueden servir en relación con el fuero interno de un individuo, pero

no pueden ser usadas en el foro público, si se quiere evitar la irrazonabilidad y sus consecuencias.

Me importa mucho precisar que lo que aquí se está calificando como irrazonable no es asumir una actitud religiosa, esto es, tener una concepción trascendente de la vida humana e incluso pensar que la misma comienza con la concepción. Lo irrazonable es la doctrina de la Iglesia católica: una doctrina, por cierto, que comienza con Pio IX, un papa que se distinguió por ser un enemigo acerbo de derechos humanos básicos -como la libertad religiosa- y que sostuvo muchas tesis que hoy serían consideradas como irrazonables por casi todos los católicos; y una doctrina de la que se separan otros credos de la misma tradición religiosa, como el judaísmo o el anglicanismo. Cabría incluso decir que lo único irrazonable, el único obstáculo para que en estas materias pueda alcanzarse un consenso suficiente, consiste en no ver ninguna diferencia, a efectos del juicio moral, entre -pongamos- una persona adulta que ha desarrollado con mayor o menor éxito cierto proyecto de vida, y el preembrión humano en la fase de blastocito: una bola de tamaño inferior a una cabeza de alfiler que, con una alta probabilidad -dejando a un lado la intervención humana-, no llegará a implantarse establemente en el útero y a dar lugar a un ser humano, carente de todo vestigio de sistema nervioso y, por tanto, sin ninguna capacidad de sentir; y que contiene unas 100 células relativamente indiferenciadas, pero algunas de ellas con la capacidad potencial de diferenciarse en cualquiera de los aproximadamente 200 tipos de células que forman el cuerpo humano.

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir como la epidemia de VIH/SIDA hizo brotar problemas ancestrales de la historia del hombre como son: el derecho a la salud, los modelos de atención médica, la participación y responsabilidad del Estado en la salud humana y los modelos económicos prevalentes en los actuales sistemas de salud, la relación médico paciente y la investigación en sujetos humanos. Ninguna enfermedad como antes ha marcado de una manera tan profunda al ser humano, ha roto las fronteras entre lo público y lo privado y ha profundizado aun más las enormes diferencias entre ricos y pobres. El médico es un actor especial de este escenario en su quehacer como aplicador del conocimiento científico, como hombre moral al estar estrechamente ligada su labor con el ser humano y su vida, como investigador en sujetos humanos y como blanco de la mercadotecnia de la industria farmacéutica. El texto pretende invitar a la reflexión de la complejidad de la ética en el quehacer del médico y su entorno laboral, surgida a partir del inicio de la pandemia de VIH/SIDA.

Palabras claves: VIH, SIDA, atención médica, ética.

Abstract

The aim of this paper is to describe how the HIV/AIDS epidemic brought up ancient problems of human history, such as: the right to health, healthcare models, participation and state responsibility in human health, the prevalent economic models in healthcare systems, physician-patient relationship and research with human subjects. No other disease before has marked so deeply the human being, as it has ruptured the frontier between that which is public and private and has deepened the enormous differences between rich and poor. The physician is a special actor in this scenario as an applicant of scientific knowledge, as a moral entity since his labor is closely linked to the human being and his life-, as an investigator doing research with human subjects and as a target of drug company marketing. The text is an invitation to reflect on the complexity of ethics in medical labor and its working environment that brought about the HIV/AIDS pandemic.

Key words: HIV, AIDS, healthcare, ethics.

* Instituto Nacional de Cancerología, San Fernando # 22, Colonia Sección 16, CP 14080, Tel 56280447 Fax 555139743, Correo electrónico: volkow@infosel.net.mx

Introducción

La epidemia causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hizo su debut a principios de la década de los ochenta en un ambiente médico que o ya había olvidado o nunca había conocido las consecuencias catastróficas de las grandes epidemias del pasado. Una enfermedad que invadió a la sociedad y echó por tierra todos los esfuerzos de incrementar la expectativa de vida del ser humano. El virus supo infiltrarse en prácticamente todas las comunidades del mundo. “Ningún país es inmune, ninguna población tiene resistencia biológica innata, ningún país está libre de hendiduras en su cultura y modos de comportamiento para alejar al SIDA, ninguna otra enfermedad está tan entretrejida con los valores y el comportamiento humano”¹. Fue este vínculo tan estrecho con el comportamiento humano lo que le permitió infiltrarse con tanta eficiencia en las comunidades humanas, lo mismo en la comunidad gay, que en la población heterosexual de Africa central, que en los drogadictos intravenosos del mundo, que en los donadores pagados de plasma de los países más pobre del planeta. Su aparición la realizó en el país con la comunidad científica más poderosa del planeta y el que dedica más recursos a la salud², a pesar de ello, tomó un tiempo que ahora reconocemos como demasiado largo, para entender las dimensiones y la gravedad de la tragedia. Hoy día se han informado casos en prácticamente todos los países. La epidemia reconocida inicialmente en la clase social media acomodada en los Estados Unidos ha encaminado su paso a las poblaciones y comunidades mas necesitadas del planeta, donde el presupuesto para salud por habitante es menor a la centésima parte del ejercido en los Estados Unidos³. La tendencia de la epidemia en la última década muestra su capacidad para infiltrarse de manera más maligna en los grupos mas desprotegidos y en los países más pobres del planeta. En las dos últimas décadas, de una manera casi morbosa hemos visto año con año crecer por millones la epidemia, a través de las estimaciones publicadas por ONUSIDA.⁴

Atención médica del VIH/SIDA

Al inicio de la epidemia de SIDA uno de los principales objetivos de la atención de los enfermos fue la paliación, la comunidad médica se enfrentó con una enfermedad desconocida, que tenía una altísima mortalidad. Hubo que mirar de frente la muerte de muchos hombres jóvenes contra un enemigo desconocido. En esa batalla no se veía ni salida, ni tregua. El diagnóstico de

SIDA representaba una clara sentencia de muerte a corto o mediano plazo. Cuando la década de los ochenta vio su fin, el panorama había mejorado un poco, se sabía ya quién era el enemigo y se contó con un fármaco que parecía dar un respiro a la vida, que al poco tiempo se vio que era como una luna de miel, igualmente efímera. Los esquemas de profilaxis estandarizados al inicio de la década de los noventa, contribuyeron a prolongar la vida y a mejorar la calidad de vida de los enfermos; al disminuir los episodios de infecciones oportunistas. Aquí se empezaron a marcar diferencias en los destinos de los pacientes infectados, aquellos atendidos por personal con conocimiento de la infección y de los avances de la terapia y aquellos vistos por médicos sin experiencia ni interés. Una variable tan solo de este tipo, en la calidad de la atención médica, aun antes de que existieran los esquemas antiretrovirales altamente efectivos, hizo que la diferencia de la supervivencia de los pacientes fuese mayor, a favor de los enfermos atendido por personal calificado. Otro ha sido el destino de los enfermos sin acceso a los medicamentos, situación aun vigente para la mayoría de los pacientes infectados con VIH del mundo precisamente en los países mas afectados por la pandemia.

Con el surgimiento de las terapias combinadas o “cócteles” (Terapia antiretroviral altamente supresiva), aparece una luz de esperanza en el manejo de esta enfermedad, siempre acompañada de la sombra que representan los altos costos de estos esquemas. La experiencia con su uso prolongado pronto trajo para reensombrecer el panorama los efectos colaterales de estas terapias, así como la caducidad de su efectividad al pasar del tiempo.

Si bien ha habido grandes avances científicos en la terapia y en la calidad de vida de los enfermos, no se necesita un microscopio para percibir que estos avances sólo benefician a unos pocos, en pocos países. Peor situación resulta aquellos pacientes que parecieran beneficiarse porque están recibiendo algunos de estos esquemas, pero que al ser prescritos por médicos sin experiencia o con muy poca información y porque no decirlo, con aun menos escrúpulos, muchas veces influenciado por las tácticas de mercadotecnia promovidas por algunas industrias farmacéuticas combinan y cambian los fármacos antiretrovirales sin directriz ni fundamentación y sólo logran que estos avances se desvanezcan favoreciendo la resistencia del virus a los medicamentos y por ende la falla a los tratamientos. El problema de los pacientes con acceso a los fármacos pero sin médicos especializados es terrible y representan un problema adicional de salud pública en la lucha de VIH/SIDA ya que sólo promueve el surgimiento de cepas multirresistentes.

El Derecho a la Salud

El derecho a la salud, parte integral de la Declaración de los Derechos Humanos, está muy lejos de cumplirse, las diferencias en la infraestructura y atención médica entre países desarrollados y en vías de desarrollo son abismales, la desigualdad social frente a la muerte fue reconocida ya hace mucho tiempo⁵. El SIDA como una enfermedad tan ligada a las dinámicas sociales y económicas muestra claramente estas diferencias. La sobrevivencia media de un paciente con SIDA en los Estados Unidos en la primera década de la epidemia era de 12 meses casi el doble a la encontrada en México (7 meses en este período)^{6,7}. Pero aún en el mismo país la supervivencia observada en los pacientes de distinto estrato social es diferente; por ejemplo en un centro de investigación donde los enfermos tienen niveles de ingresos medio-altos, es mayor a la observada en el Hospital General de la Ciudad de México que atiende individuos de escasos recursos (un mes)⁸. Estas diferencias en la supervivencia de los pacientes se ha hecho aun mucho mayor a partir del año de 1996 en que se extendió el uso de los tratamientos antiretrovirales altamente activos. (TAARA).^{9,10} En los países desarrollados y algunos países de nivel económico intermedio con acceso a antiretrovirales gratuitos para los enfermos; el VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, con supervivencia que puede ser hasta de más de diez años, en los países de África y sudeste Asiático las expectativas de vida de los pacientes con SIDA siguen siendo igual a la de los primeros años de la epidemia cuando no existían antiretrovirales, porque para ellos el esquema TAARA no existen o su acceso es muy limitado^{11,12}.

De manera paralela, la prevención de la transmisión perinatal, no es más que una utopía, precisamente en los países donde se tiene las prevalencias más altas en mujeres embarazadas, de tal manera que los niños de estas áreas de mundo no tienen ni el derecho a nacer sanos. De manera paradójica han sido utilizados como escenarios de múltiples investigaciones para probar diferentes medicamentos o esquemas, sin beneficios permanentes posteriores para el resto de la población en riesgo.

Los sistemas de salud y los enfermos.

El SIDA apareció en un momento en que los sistemas de atención reflejan las grandes diferencias e injusticias del mundo en que vivimos, diferencias que se han profundizado en el mundo globalizado conducido por la economía de mercado, donde la salud se ha vuelto una mercancía, objeto de

lucro y de ganancia. Los sistemas de salud socializados han sido destruidos para dar paso al sistema de libre mercado aun en el área de la salud, des- cuidandose inclusive prácticas preventivas que debieran ser primariamente responsabilidad del Estado. El resultado en la mayor parte de los países ha sido la desestructurización de los viejos sistemas de salud, muchos de ellos productos de procesos revolucionarios de principios del Siglo XX y han dejado en la mayor parte de los casos el caos, donde no existe directriz, el Estado no invierte en salud ni organiza ni supervisa el sistema de atención médica y donde el ciudadano que no tiene recursos económicos tampoco tiene acceso a la atención médica.

Calidad de la atención

La calidad de la atención médica a los pacientes con infección por VIH tiene el mismo número de contrastes, diferencias e injusticias, a veces difíciles de imaginar; producto de la humanidad misma. Las expectativas y la calidad de vida de un ciudadano de nivel medio norteamericano que cuente con servicios médicos, no será comparable con la de un individuo que acude a los sobrecargados servicios de seguridad social de un país como México y mucho menos al campesino chino infectado por vender su plasma, y que acude con el médico rural y que por ende no tiene posibilidades de recibir atención médica especializada. Esta diversidad de sistemas de atención existe en mayor o menor grado en todos los países de ingresos medios y bajos del mundo.

En México la epidemia se manifestó dos años más tarde que en los Estados Unidos, en medio de un deterioro de la economía nacional con una gran inflación, y un precario nivel adquisitivo y la consecuente reducción en la ya magra partida presupuestal destinada a la salud. La atención médica está sectorizada en pública y privada. La atención pública la forman las Instituciones de Seguridad Social y los hospitales y centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud. Estas instituciones han visto desarrollar un creciente aparato administrativo y burocrático responsable cada día mas de las decisiones médicas. Las necesidades, intereses y aspiraciones de los pacientes están por debajo de los intereses políticos de los administradores¹². La atención a los pacientes se va regida por un control burocrático, donde la cantidad se precia más que la calidad. Los enfermos se ven obligados a largas esperas para su atención; la administración de medicamentos antivirales estará regida por la política dentro de la institución, que a su vez será fijada por el aparato administrativo, decisiones que en muchos casos no

estarán hechas por médicos competentes sino por burócratas poco conocedores de la enfermedad o promovidas por algunas casas farmacéuticas a través de prebendas o disfrazadas de investigación médica. Este panorama por demás desolador se ha visto ennegrecido en los últimos años, en que hemos sido testigos del deterioro del sistema de salud público promovido por el propio gobierno, México no se ha exentado de la tendencia del libre mercado en la salud y por ende de la destrucción de su antiguo sistema de salud público que tantos logros dio en el pasado.

Atención Pública

La asistencia médica pública comprende tres niveles de atención: de primer contacto (primario), que consiste en centros de salud con médicos generales o familiares, secundario o de nivel medio, formado por hospitales pequeños que cuentan con las cuatro especialidades médicas y auxiliares de diagnóstico básicos, y el terciario constituido por los grandes centros de especialidad. Esta jerarquización de la atención esta íntimamente ligada a la calidad de quienes ahí prestan sus servicios, siendo los especialistas de los centros de tercer nivel los que cuentan con la mejor preparación y con los mejores recursos¹³. A pesar de que se han hecho grandes esfuerzos para establecer un programa integral del manejo para los pacientes con infección por VIH, la realidad es que no se ha podido lograr esta meta y los pacientes diagnosticados son rápidamente canalizados al tercer nivel de atención, decisión muchas veces influenciada por el miedo al padecimiento de los médicos con escaso nivel de preparación, causando una sobresaturación e ineficiencia en estos centros¹⁴. Por otra parte hay pacientes donde el diagnóstico se retrasa enormemente debido al bajo nivel de conocimientos sobre el VIH en la mayor parte de los médicos, causando un despilfarro de recursos y en muchas ocasiones la muerte de un paciente potencialmente recuperable.

Los sistemas de evaluación de la atención médica prevalente, en la mayor parte de los centros de atención médica, distan mucho de evaluar la calidad de los servicios. El médico y el hospital son calificados por el número de consultas dadas, altas, retardos, faltas o asistencias. Los pacientes que actualmente cuentan con un sistema de quejas en realidad éste resulta muy poco eficiente para lograr trato profesional, digno y humano. Es el azar, el único que los puede situar frente a médicos que estén dispuestos a compartir y combatir juntos la tragedia de la enfermedad. Cuando esto no sucede así, frecuentemente los pacientes abandonan los servicios de atención iniciales y buscan otros sitios de atención duplicando o triplicando el consumo de recursos en salud e inclusive optan por medicina alternativa.

La atención de los pacientes con SIDA es cara. El tratamiento antiviral, los medicamentos necesarios para tratar o prevenir infecciones, la quimioterapia y las hospitalizaciones repetidas, manejo óptimo para prolongar y mejorar la calidad de vida de los pacientes, resultan extraordinariamente gravosos¹⁵. El costear el manejo de estos enfermos, especialmente en países pobres, sangra el ya deteriorado presupuesto destinado a la salud. Es fundamental que estos presupuestos se incrementen y que se insista en la única línea de batalla hasta este momento útil en la lucha contra el SIDA; que son: Programa de sangre segura, prohibición del comercio de la sangre/plasma, campañas de prevención de transmisión (sexual, adictos a drogas IV, sexo-servicio) y un trato humano y profesional a los enfermos.

Atención Médica Privada

En el sector privado, la atención médica se rige más por la relación médico-paciente tipo contrato. En la mayor parte de nuestros países no existen mecanismos de evaluación de la atención a este nivel, pero en general se dispone de todos los avances tecnológicos y la obtención de medicamentos no es muy difícil. En países como Estados Unidos, donde las demandas de "malpractice" existen como una advertencia cotidiana al quehacer médico pueden servir para mejorar la calidad de la atención, sin embargo también han incrementado, excesivamente el costo de la atención médica¹⁶.

En muchos de países hay grupos de población que no tienen acceso a la atención médica moderna, ni siquiera a la de una enfermera o un pasante de medicina en servicio social. En algunas de estas comunidades la atención que está a su alcance es la tradicional a base de hierbas, medicina naturista o chamanes.

La Comunidad médica y los pacientes con infección por VIH.

El VIH/SIDA sigue siendo una enfermedad incurable, es esta incurabilidad y su íntima relación con el comportamiento humano lo que ha originado reacciones contradictorias en las diferentes comunidades humanas. Mientras algunos grupos abogan por la confidencialidad, protección y libertad de los enfermos existen otros que los estigmatizan, rechazan, segregan, y catalogan como merecedores del castigo divino. La comunidad médica no ha quedado exenta de estas contradicciones, que pueden verse alentadas por el ries-

go a la muerte que implica manejar enfermos con un padecimiento infeccioso hasta ahora incurable. El riesgo a la muerte alguna vez aceptado como parte normal de la práctica médica había sido casi totalmente olvidado en las últimas tres décadas por el advenimiento de los agentes antimicrobianos, tan eficientes para tratar padecimientos infectocontagiosos. El médico que ejerza en la actualidad debe aprender a trabajar de una manera diferente, debe incluir en su cotidianeidad las medidas preventivas recomendadas durante el manejo de los pacientes, llamadas precauciones estándar por el CDC¹⁷. Estas medidas deben ser universales, con todos los pacientes. El médico deberá aceptar el riesgo por bajo que este sea, sin embargo, debe ser esta misma comunidad médica quien proteja a sus servidores con educación continua, dispositivos rígidos para desechar agujas y contar con esquemas antiretrovirales profilácticos en caso de accidentes de alto riesgo en el medio hospitalario¹⁸. En caso de ser necesario para aquellos que lleguen a contraer la infección durante su trabajo, deben tener asegurado todo el apoyo médico, económico y social que requieran para evitar que experiencias tan deshumanas e injustas como las del Dr. Hacib Aoun y la Dra. Verónica Prego se repitan^{19,20}.

La ética en la atención y prevención del SIDA

El quehacer médico por ser un acto que afecta a otros individuos y en ocasiones a toda una sociedad es un acto moral²¹. El primer requisito para que la atención médica a un enfermo sea moralmente buena es que sea de alta calidad desde el punto de vista técnico. Es por ello, que tratándose de una enfermedad relativamente nueva, uno de los primeros deberes del médico que atiende pacientes con infección por el VIH, es obtener un nivel adecuado de conocimiento. Esto se puede lograr en la actualidad a través de muy diversos medios boletines elaborado por la comunidad médica local, cursos, congresos y el internet.

El sentido ético hipocrático prevalente entre los médicos de nuestras comunidades debiera promover una disposición de servicio y benevolencia²¹. Desgraciadamente no siempre ocurre así, y no han sido pocos los médicos que se hayan negado en repetidas ocasiones a tratar o intervenir quirúrgicamente a un paciente por el solo hecho de estar infectado con el VIH. El médico que guarda esta actitud infringe una de las normas básicas del médico hipocrático ya que no sólo le está negando la atención sino con su sola actitud lo está dañando. Quienes hemos tenido la oportunidad de atender pacientes con SIDA sabemos que a lo que más teme el paciente es

al rechazo, éste por si solo se vuelve una fuente de dolor más para los pacientes. Es así, que el SIDA perturba hasta sus máximas consecuencias al individuo que lo padece, como lo expresa Susan Sonntag²² "Así como la enfermedad es la mayor de las miserias, así la mayor miseria de la enfermedad es la soledad que tiene lugar cuando la naturaleza infecciosa de la enfermedad disuade de acudir a quienes han de asistir a los enfermos ... cuando hasta el médico apenas se atreve a venir ...". Los médicos y trabajadores de la salud que desempeñan su profesión actualmente, tendrán que enfrentarse de una u otra manera con pacientes infectados con el VIH. Si bien el riesgo de contraer la infección ha mostrado ser muy bajo, no deja de existir. Sólo un conocimiento adecuado de la enfermedad y el apego estrecho a las medidas preventivas recomendadas en el área laboral evitarán que los profesionales de la salud abandonen su responsabilidad frente a los pacientes con SIDA. En la lucha contra esta epidemia el trabajo clínico de calidad y el buen trato a los enfermos son piedra angular.

La ética prevalente en la medicina moderna norteamericana y que con mucho ha influido a la comunidad médica en el resto del mundo promulga el bien y derechos individuales del enfermo²³. En el contexto de la epidemia del SIDA propone como valores fundamentales: la confidencialidad, el derecho a decidir sobre su cuerpo, y el de aceptar o rechazar un tratamiento. Sin embargo, nunca antes del SIDA un acto individual, íntimo, pudo tener consecuencias públicas de dimensiones tan catastróficas. Es imposible ir en contra de estos principios que forman parte de la declaración de los derechos humanos, sin embargo estos valores han influido en la realización de campañas para prevenir la infección por el VIH. Algunas de estas campañas no se adecuan a la realidad material de muchos de los países en desarrollo. Las campañas de sexo seguro son apropiadas para comunidades con niveles medios o altos de ingreso; sin embargo, en comunidades pobres como las de África y en muchas zonas de América latina éstas resultan inoperante. El Dr. Kaguta mencionó: "en países como los nuestros, donde una madre tiene que caminar hasta 20 millas para obtener una aspirina para su hijo enfermo ó 5 millas para tener agua, las cuestiones prácticas de tener un suministro constante de condones y un uso adecuado de estos quizá nunca se resuelvan"²³. Pedirle a una mujer casada que negocie el uso de condón con un esposo que llega ebrio a casa, resulta un absurdo. Es necesario se elaboren campañas de prevención de la infección del VIH con estrategias diferentes estratificando los riesgos por grupos y que sean adecuadas a la realidad de cada una de estas comunidades.

SIDA: La atención de un padecimiento incurable.

EL TAARA ha convertido al VIH/SIDA en una enfermedad crónica, si bien siempre sigue siendo una enfermedad incurable, y aunque con mucho menor frecuencia que en la era pretratamiento, los enfermos llegan a encontrarse en estados terminales del padecimiento y es en esta parte del camino de la enfermedad que es necesario plantear dos puntos fundamentales: la paliación y el límite de la intervención del médico en su intento por prolongar la vida. La mayor necesidad en el manejo paliativo de los pacientes con SIDA es el confort del enfermo²⁴. Deben evitarse las hospitalizaciones prolongadas: en su mayoría los pacientes prefieren estar en casa que en el hospital. El establecer programas para el manejo de estos pacientes en sus casas, con el compromiso de familiares, amigos y organizaciones comunitarias debe formar parte de la atención integral del enfermo. El mantener al enfermo en su casa, debe ser una prioridad, siempre y cuando no se comprometa su vida por la necesidad de las instalaciones y equipos hospitalarios. El uso de catéteres de permanencia prolongada con familiares entrenados para su cuidado puede ser una alternativa real aún en nuestros países. Sólo deberá evitarse la manipulación de agujas contaminadas con sangre, para evitar accidentes en la casa de los pacientes.

Otro de los conflictos morales a los que se enfrentan los médicos que atienden pacientes con SIDA, fue planteado por el Dr. Ignacio Chávez hace muchos años, fuera del contexto de la epidemia del SIDA, refiriéndose al paciente terminal²⁵ “¿hasta dónde es lícito prolongar esas situaciones?, ¿hasta dónde es moral hacer más larga una agonía?” ¿En qué momento el dejar de hacer o de administrar un medicamento es la mejor actitud? En algunos enfermos, prolongar la vida es sólo prolongar su sufrimiento, y la muerte el único alivio para éste. El médico debe particularizar cada caso, debe informar su situación al paciente o familiares en caso de paciente con deterioro grave de sus capacidades intelectuales, aconsejar, sugerir y entender que a veces el “no hacer” puede ser la actitud que más beneficie a su enfermo. Paliar molestias, no prolongar la agonía.

Los médicos que atienden pacientes con SIDA pueden en ocasiones caer en actitudes indolentes ante eventos que comprometen la vida de los pacientes, por ser estos portadores de un padecimiento incurable (el denominado Síndrome del Leproso moribundo)²⁶.

Existen explicaciones como la desesperanza, la imposibilidad de curar o la pérdida de control sobre la enfermedad, sin embargo no hay justificación alguna para esta actitud.

Un punto a agregar es que los enfermos con SIDA, ávidos de encontrar curas milagrosas son víctimas de charlatanes. En este punto quisiera destacar la responsabilidad que los mismos médicos tienen para denunciar y combatir a aquellos que son capaces de traficar con el dolor ajeno y que se anuncian con tratamientos milagrosos que curan el SIDA. A cambio de sus pócimas milagrosas exigen dinero, no en pocas ocasiones sumas exorbitantes. En nuestras poblaciones, con bajos niveles de educación y donde aún el pensamiento mágico persiste, enfermos, familiares y amigos son capaces de extraordinarios sacrificios con tal de ofrecerle a su paciente una cura milagrosa. La falta es doble: extorsionan económicamente y crean expectativas falsas. El médico tiene la obligación de prevenir al paciente sobre el peligro que estos individuos representan.

Problemas especiales en la atención médica a los pacientes con SIDA.

El médico que atienda pacientes con infección por VIH se enfrentará a contradicciones éticas en su quehacer diario. Este según su formación y la comunidad en la que ejerza buscará soluciones para ellas, casi siempre difíciles de resolver. Esta situación no se ve en nada favorecida por la gran deficiencia de formación en ética médica en las curricula de las Escuelas de medicina de muchos países²⁷.

El médico como parte fundamental de la atención, debe proteger los intereses del enfermo. El enfermo depende del médico no sólo para la terapia sino para legitimizar su enfermedad²⁸. Aquí surge una de las mayores contradicciones a las que se enfrentan los médicos que trabajan para instituciones de seguridad social o empresas. En 1988, 148 países se adhirieron a la 4ta Asamblea Mundial de Salud celebrada en Londres con la que se pretendía proteger los derechos de los pacientes infectados²⁹; sin embargo la realidad en la práctica diaria no es ésta. El médico tiene que enfrentar que el diagnóstico de infección por VIH que él establezca en un paciente será el motivo de despido definitivo o en el mejor de los casos jubilación precoz, no solo en pacientes con SIDA sino también en pacientes asintomáticos. Con este diagnóstico el prestador de servicio se convierte en verdugo; el paciente perderá su fuente de ingresos y en ocasiones hasta el mismo servicio médico. Alguna vez me pregunté ¿Qué hacer con el esposo (trabajador de la empresa donde prestaba mis servicios como médico) de una paciente infectada con el HIV por una transfusión tres años antes? Mi obligación como médico era solicitar la prueba serológica, pero, sí ésta resulta-

ba positiva, el trabajador perdería su puesto y tres meses después los beneficios del servicio médico tanto para él como para su esposa infectada.

Situaciones similares suceden con las compañías de seguros, que dentro de sus cláusulas excluyen los gastos médicos relacionados con la infección por VIH. Sobra decir que en ocasiones una apendicitis en un paciente con diagnóstico de infección por VIH se convierte en padecimiento relacionado y por lo mismo los gastos no son cubiertos ni siquiera en este tipo de casos.

La protección del empleo de los individuos infectados por el VIH, deberá ser política fundamental de la atención, ya que muchos de estos pacientes, que se encuentran en etapa productiva, solo tendrán acceso a la seguridad social o seguros médicos a través de su empleo³⁰.

El Médico frente al SIDA.

El SIDA es una enfermedad con un curso insidioso, si el paciente no recibe tratamiento con el tiempo el paciente sufre un deterioro progresivo, acompañado de signos y síntomas que requieren atención, cuidado y compasión. En la era del TAARA, si bien en general se observa una recuperación del estado general del paciente, el tratamiento conlleva una larga lista de efectos colaterales, que muchas veces requieren de la explicación por parte del médico e inclusive intervención terapéutica. Es bien conocida la estigma física secundaria a la lipodistrofia, que ha dado un nuevo semblante al SIDA. Frecuentemente los médicos que atienden pacientes con SIDA establecen relaciones estrechas con sus enfermos. En la era pretratamiento era tratar con pacientes "jóvenes en quienes se ha injertado el cuerpo de un anciano" como lo expresa en su escrito el francés Herve Guibert³¹, y en la era TAARA son pacientes recuperado con semblantes de viejos que los denuncia como portadores de la enfermedad

Investigación médica en el paciente con VIH

La investigación en los sujetos infectados con VIH ha sido sin duda alguna una piedra angular en la lucha contra esta enfermedad, sin ella nunca se hubiese logrado tantos avances en tan poco tiempo. Si bien ha habido grandes avances en la estructuración de comités de bioética y protección a los sujetos participantes de estas investigaciones principalmente en los países desarrollados, la igualdad de derechos es diferente en muchos países subdesarrolla-

dos. La libertad para participar o no en una investigación de los sujetos de investigación es diferente ya mientras que en países desarrollados tienen la capacidad de decidir si participan o no ya que tienen asegurado el tratamiento convencional, en los países subdesarrollados muchas veces la única forma de tener acceso a tratamiento antiretroviral es a través de la participación en protocolos de investigación, en realidad su libertad de elegir se encuentra coaccionada por la realidad. Otro aspecto que se ha hecho patente en los últimos años ha sido que mientras que en los países desarrollados se investigan medicamentos primordialmente para pacientes con fallas virológicas, la investigación en sujetos vírgenes a tratamientos se realiza en la actualidad ante todo en países de ingresos medios, donde muchas instituciones de salud se han vuelto maquiladoras de investigación de la industria farmacéutica transnacional, estudios de Fase II y III, si bien en estos casos los códigos de ética tienen que apearse a los estándares de los Estados Unidos ya que son vigilados por la FDA, y por ende la protección de los sujetos de investigación está mucho más garantizada incluyendo el aprovisionamiento del medicamento o medicamentos en caso de efectividad una vez terminado el estudio y el seguro contra eventos adversos serios.

Existen otros matices donde la ética se ve vulnerada, particularmente en las investigaciones de Fase IV promovidas por la industria farmacéutica que en realidad son técnicas de mercadotecnia para favorecer el consumo de uno u otro esquema antiretroviral. Es en estas investigaciones realizadas ya en siglo XXI donde se utilizan medicamentos del arsenal *antiretroviral* que ya están fuera de las guías de atención de los países desarrollados por su alta toxicidad y/o baja potencia como es el caso del DDC, pero además por tratarse de medicamentos ya comercializados el costo de ellos corre por parte de las instituciones de salud usualmente instituciones de seguridad social, que no encuentran beneficio alguno ni para la institución ni para los sujetos participantes y por el contrario pueden de manera indirecta incrementar los costos de atención al ser esquemas menos potentes y más tóxicos. Esta situación alarmante exige de una solución a través de un Comité de Bioética centralizado con personal capacitado para evaluar estos aspectos que pueden pasar desapercibidos a miembros de comités de Bioética locales pocos conocedores del tema del VIH/SIDA en hospitales generales donde regularmente se llevan cabo estas investigaciones de Fase IV.

Médico estigmatizado

Finalmente, en ocasiones no sólo los enfermos son víctimas de la estigmatización y rechazo sino también los médicos que los atienden, sea por sus

mismos colegas o por las autoridades administrativas de los hospitales. Experiencias como la de un grupo de cirujanos que en sesión general del hospital, se proclamaron por no operar pacientes infectados o la represión laboral a la que se enfrenta un médico, que trabaja dentro de una institución de seguridad social, por solicitar un medicamento antiviral; que a las luces de los administradores resulta excesivamente caro e inútil por ser el SIDA una enfermedad incurable. Experiencias como estas siguen siendo vigentes a más de dos décadas de iniciada la epidemia y nos hacen patente la necesidad de fomentar la ética en la práctica médica en todos los niveles de atención.

Conclusiones:

La atención de los pacientes con SIDA no es mejor que la de los otros enfermos, deficiente en general, desafortunadamente suele ser aún peor por una serie de prejuicios, ignorancia y actitudes inmorales. Las dificultades comunes a la atención médica de cualquier enfermedad se acentúan en el enfermo con SIDA. Estas implican conflictos éticos, legales y los estrictamente médicos. La epidemia del SIDA se ha convertido en una piedra de toque para todos los sistemas de atención a la salud en el mundo. Ha hecho aflorar problemas y diferencias difíciles de imaginar. Por otro lado, nos ha obligado a una profunda reflexión que puede resultar en una reorganización y mejoría global de la atención médica y el acceso a los nuevos esquemas antiretrovirales para los pacientes de los países más pobres y mayormente afectados por la pandemia.

Referencias

1. Ramalingaswami V. The implications of AIDS in Developing Countries. En Giraldo G., Beth-Rossi E., Chieco-Bianchi (eds): Science Challenging AIDS. Basel, Karger, 1992, pp 24-32.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Measuring health care: expenditure, costs and performance. Paris: OECD, 1985 (Social Policy Studies No. 2)
3. Kaguta M.Y. AIDS and its impacts on the health, social and economic infrastructure in developing countries. En Giraldo G., Beth-Rossi E., Chieco-Bianchi (eds): Science Challenging AIDS. Basel, Karger, 1992, pp XI-XVI.
4. ONUSIDA Programa conjunto de las Naciones Unidas Sobre VIH/SIDA 00002-sp-5 diciembre de 2003.

5. Timio M. Clases Sociales y enfermedad. México, Editorial Nueva imagen, 1986. Capítulo I, pp 27-49.
6. Friedland GH., Saltzman B., Vileno J. Y cols. Survival differences in patients with AIDS. *J AIDS* 1991; 4:144-53.
7. Ponce de León S., Ruiz-Palacios G. y cols. Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México. *Salud Pública de México* 1988; 30:544-54.
8. Romo J., Saldaña F., Higuera F. y cols. Inmunodeficiencia retroviral adquirida. Revisión de 140 casos. *Rev Med Hosp. Gen Mex* 1989; 52:14-21.
9. National Center for Health Statistics. National Vital Statistics System 1998 data. USA.
10. Kitahata MM, Koepsell TD, Deyo RA, Maxwell CL, Dedge Wt, Wagner EL. Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patients survival. *N Engl. J Med.* 1996; 334: 701-706.
11. Cohen. J HIV/AIDS in China. An unsafe practice turned blood donors into victims. *Science*: 2004, 304: 504-509
12. Cohen. J HIV/AIDS in India India's Many Epidemics. *Science* 2004: 1438-1439.
13. Viniegra V. L. Como acercarse a la Medicina. México., Editorial Limusa, 1991.
14. Alvarez R. Pacientes y médicos. En Galván D.F. (ed) *El SIDA en México: Los efectos Sociales*. México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1988; 161-9.
15. Maynard A. Logic in medicine: an economic perspective. En Phillips C. (ed): *Logic in Medicine*, *British Medical Journal* 1988, pp 73-88.
16. Morlock L., Lindgren O., Harper M.O. malpractice, clinical risk management, and quality assessment. En Goldfield N. Nash D. (eds) *Providing quality care*. Philadelphia, American College of Physicians, 1989; 225-257.
17. Anónimo, CDC Recommendations for Isolation Precautions in Hospitals. <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ISOLAT/isopart2.htm> 23/03/03.
18. Gerberding JL. Limiting the risks of health care workers. In Sande MA and Volberding PA. *The Medical Management of AIDS..* W.B.Saunders Company, United States. Fifth edition 1997.
19. Aoun H. When a house officer gets AIDS. *N Engl J Med* 1989; 321:693-96.
20. Mandelbaum-Schmid J. Médicos ante el SIDA. *M D* 1991; julio: 38-52.
21. Smith HL. And Churchill L. *Professional ethics and primary care medicine*. Durham, Duke University Press 1986.
22. Sontag S. *El SIDA y sus metáforas*. España, Muchnik Editores, 1989.
23. Drane J. El SIDA y la ética. En fuenzalida-Puelma H., Linares PAM., Serrano LD, (eds): *Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1991, pp 139-148.
24. Mansell PWA. AIDS: Home, ambulatory, and palliative care. *J Palliative Care* 1988; 4:29-33.
25. Chávez I. Ética, deontología y responsabilidad del médico contemporáneo. *Gaceta Médica Méx.* 1970; 100:656-66.
26. Thomas ChM. The dying Leper Síndrome. *J Palliative Care* 1988; 4:13-14.

27. Pérez-Padilla R. y Ponce de León S. Actitudes éticas de un grupo de médicos ante los problemas de manejo de los pacientes con el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. *Salud Pública Mex* 1990; 32:3-14.
28. Jonsen AR., Siegler M., Winslade WJ. *Clinical Ethics*. USA, Macmillan 1986.
29. Scholle CS. SIDA: aspectos sociales, jurídicos y éticos de la "Tercera Epidemia". SIDA Perfil de una epidemia, Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1989; pp 141-161.
30. Husbaum NJ. HIV antibody status and employment discrimination: 1991 Update. *J AIDS* 1991; 4:927-29.
31. Guibert H. *Le protocole compassionel*. Saint-Amand, Gallimard 1991.

MUJERES Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. PREGUNTAS MÁS ALLÁ DEL (SIEMPRE PRESENTE) EMBRIÓN

Norma Ubaldi Garcete

A lo largo de los siglos el mandato sigue siendo el mismo:

las mujeres debemos tener hijos;

lo que ha cambiado son los métodos [...]

y recurrimos a los médicos en vez de a los brujos.

Susana Sommer

Resumen

Este artículo plantea que las técnicas de reproducción asistida generan una serie de preocupaciones éticas y bioéticas asociadas a su uso, prácticas médicas y posibilidades de éxito. La mujer es el centro del artículo, entendiendo la capacidad reproductiva de la misma como un derecho y no como la obligación a ser madre. El análisis está guiado por los siguientes planteamientos: 1) La mujer como una nueva construcción social, enmarcada en algunos de los ejes fundamentales del pensamiento feminista; principalmente, la autonomía individual (autodeterminación) en la toma de decisiones respecto a su vida y a su cuerpo, y la maternidad voluntaria. 2) La propuesta del liberalismo clásico respecto a la libertad individual. 3) La laicidad del Estado mexicano, instancia garante de los derechos de las personas, a través de las políticas públicas. 4) La bioética laica, como un movimiento que ha ido generándose en torno a un nuevo estilo de gestión de la vida y la muerte, del cuerpo y la sexualidad.

Abstract

This article contends that the medical practice, use and possibilities of success associated with assisted reproduction generate a series of ethical and bioethical concerns. The article focuses on women, within the framework that their reproductive capacity is a right and not an obligation. Analysis is structured by the following premises: 1) Woman as a new social construction, based on some of the fundamental elements of feminist thought, principally, individual autonomy (self-determination) in making decisions related to life, body and voluntary motherhood; 2) the classic liberal proposal regarding individual freedoms; 3) a secular Mexican state to guarantee citizens' rights via public policies; and 4) secular bioethics, a movement that has begun to create a new approach to considering life and death, body and sexuality.

Introducción

Las técnicas de reproducción asistida (TRA) han “nacido” –vaya paradoja semántica- y siguen evolucionando en medio de polémicas. Décadas atrás, en 1978, la noticia del nacimiento de la primera “bebé de probeta”, Louise Brown, sorprendía al mundo. Para muchos, el asombro conllevó admiración por la ciencia. Otros condenaron el carácter antinatural del proceso y sentenciaron que la ciencia estaba “jugando a ser dios”. Pocos se preguntaron sobre el grado experimental de esta técnica. Experimentación a la que estuvo sometida la mujer que finalmente parió a Louise y, simultáneamente, unas cincuenta más. La mamá de Louise, señala Corea, “no sabía que el tratamiento al que había sido sometida era experimental. Hacia el final de su embarazo se dio cuenta de que este tipo de técnicas no había tenido éxito hasta ese momento”.¹

Hoy en día las TRA se han instalado -con diversos contenidos- en el imaginario colectivo y su oferta y demanda, según parece, está en ascenso. Las críticas sobre las técnicas en sí han pasado a un segundo plano. No son cuestionadas a profundidad. Sin embargo, los problemas éticos y bioéticos que éstas generan siguen presentes. Lo cierto es que las preocupaciones han cambiado de protagonista: del cuestionamiento (generalizado o no) a las TRA se ha pasado a la preocupación por el embrión: su estatus moral y jurídico, y lo que se puede o no hacer con éste en el contexto de procesos de reproducción asistida, sobre todo, de fecundación *in vitro*. Por supuesto que hay otras muchas preocupaciones y de ellas escribiremos más adelante, pero lo que aquí queremos destacar es que la tendencia actual de la discusión -en diferentes disciplinas y también en las religiones- es sobre el embrión, su estatus y “derechos”. Inclusive algunas feministas pueden ser incluidas en esta tendencia. Esto confirma la permanente influencia de la moral judeocristiana, representada en la actualidad por la jerarquía de la Iglesia católica, que considera que la sola unión de un óvulo y un espermatozoide constituye ya una persona.

Este artículo parte de la base de que las TRA representan un avance tecnológico incuestionable que, no obstante, generan una serie de preocupaciones asociadas a su “uso”, su *práctica* y sus *posibilidades*. El sujeto que se quiere destacar, y a partir del cual plantearemos determinados ejes problemáticos, es la mujer: No la mujer como destino, que equipara mujer a madre. El análisis estará guiado por los siguientes planteamientos, que entrañan –obviamente- un ideal de sociedad:

1) La mujer como una nueva construcción social, enmarcada en algunos de los ejes fundamentales del pensamiento feminista; principalmente, la

¹ Cfr. Sommer, S., “Mujeres y reproducción: las nuevas tecnologías”, en *debate feminista*, año 4, vol. 8, septiembre de 1993, pp. 76-85.

autonomía individual (autodeterminación) en la toma de decisiones respecto a su vida y a su cuerpo, y la maternidad voluntaria.

2) La propuesta del liberalismo clásico respecto a la *libertad individual*, o lo que Mill plantea en una de sus tesis centrales: "En la parte que le concierne meramente a él, su independencia es, de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano".²

3) La laicidad del Estado (garante de los derechos de las personas, a través de las políticas públicas). México reformó en 1873 su constitución para adoptar el precepto "el Estado y la Iglesia [católica] son independientes entre sí". En otras palabras: las políticas públicas³ no deben favorecer las creencias de ninguna religión. Un Estado neutro en materia religiosa.

4) Finalmente, la bioética laica, que en palabras de Gracia es "(...) un movimiento más general que ha ido generándose a todo lo largo del siglo XX en torno a un nuevo estilo de gestión de la vida y la muerte, del cuerpo y la sexualidad".⁴ Gracia plantea que estos asuntos estuvieron durante muchísimos siglos controlados por instancias externas: el Estado y las iglesias, fundamentalmente, y que lo que hoy se plantea es que éstas dejen de intervenir directamente en su control. Lo anterior, implica entre otras cosas, poner en un primer plano a la autonomía individual en la toma de decisiones morales y un mayor respeto a la intimidad y a la privacidad.

Lo que no se nombra, no existe. Por eso también este esfuerzo de posicionar a la mujer como *la protagonista*⁵ de las TRA, en torno a quien deberían girar -fundamentalmente- los análisis y las reflexiones sobre el tema. En síntesis, la construcción de la realidad se da a partir de la *identificación* de lo que antes no era nombrado.

Técnicas de reproducción asistida: ¿De qué estamos hablando?

Las TRA incluyen a la inseminación artificial (IA), la fecundación *in vitro* (FIV), la transferencia intratubárica de gametos (GIFT), la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) y la variante del útero subro-

2 Mill, J. S., *Sobre la libertad* (trad. De P. Azcaráte), Madrid, Alianza Editorial, 1970, pp. 65-66.

3 El concepto de política pública incluye no sólo la definición e implementación de programas de gobierno, sino también la deliberación parlamentaria y la construcción de leyes. Las políticas regulatorias son "turbulentas, con coaliciones de grupo porque la eventual solución no puede favorecer a todos de la misma manera". Véase: Aguilar Villanueva, L.F., <<http://www.eleccionesocial.com/Politica%20Pblica.htm>> [consulta: 31 de mayo del 2004].

4 Gracia, D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid, 2004, p. 106.

5 Desde una perspectiva feminista resulta obvio que existe interés porque los hombres se involucren mucho más en los procesos reproductivos, así como en la crianza de los hijos. No obstante, es innegable que la mujer ocupa un lugar único en las TRA, así como en un embarazo "normal", pues todo sucede *en* y *a* su cuerpo. Agreguemos, además que los tratamientos químicos implican un riesgo para su salud física y emocional, dado el bajo porcentaje de éxito de estas técnicas y la fase experimental en que aún se encuentran.

gado, también llamado "útero o vientre de alquiler". Esta última no es una técnica en sí, sino una "vía" para implementar la IA y la FIV.

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: Es la técnica más sencilla (y antigua) y consiste en la colocación artificial del semen en el interior del útero de la mujer en la fase de ovulación. Algunas veces esta técnica requiere de una estimulación del ovario con sustancias inductoras de la ovulación y de la donación del semen, cuando la infertilidad es del hombre o cuando la mujer (hetero u homosexual) decide ser madre.

FECUNDACIÓN IN VITRO (FIV) Esta técnica consta de seis fases: 1) estimulación del ovario con hormonas, 2) extracción de ovocitos, 3) inseminación de los mismos, 4) cultivo *in vitro* y desarrollo del embrión en diferentes estadios de desarrollo, 5) transferencia embrionaria y 6) congelación y descongelación de embriones.

TRANSFERENCIA INTRATUBARIA DE GAMETOS (GIFT): Se basa en la transferencia de óvulos y espermatozoides (gametos) a las Trompas de Falopio para realizar la fertilización⁶

INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI): Se realiza introduciendo un espermatozoide previamente escogido y con determinadas características al interior del óvulo. Para procrear sólo se necesita de un espermatozoide por cada óvulo, en lugar de los 50 000 que se requieren en la fertilización *in vitro*⁷

EMBARAZO SUBROGADO: El embarazo se desarrolla en un "vientre de alquiler". La mujer que vive el embarazo no aporta, necesariamente, sus óvulos. El embrión resulta de los gametos de quienes deciden procrear y no pueden hacerlo por otra vía. Hay casos en que la mujer participa también con la "donación" de óvulos para la fecundación.

Las TRA cuentan con opiniones "a favor" y "en contra". Las presentamos de manera muy general:

Argumentos a favor de las TRA

- Ayudan a la paternidad y a la maternidad (la "necesidad" de tener un hijo biológico)
- Pluralismo (la gente puede elegir: posibilidad de compatibilizar la posición de quienes desean superar su problema de infertilidad y

⁶ Gutiérrez Nájjar, A. "Cuándo se recomienda la transferencia intratubaria de gametos (GIFT) y en qué consiste", en *De la infertilidad a la fertilidad ... una respuesta para la pareja infértil. Antología*, México, Organon Mexicana SA de CV, 2000, p. 83.

⁷ Gutiérrez Nájjar, A. "En qué consiste la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)", en *De la infertilidad a la fertilidad ... una respuesta para la pareja infértil. Antología*, México, Organon Mexicana SA de CV, 2000, p. 97.

aquellos que no quieren someterse a ellas)

- Constituyen un avance tecnológico

Argumentos en contra de las TRA

- Son antinaturales y artificiales (“destrucción” del matrimonio y de la familia tradicional)
- Fomentan la posibilidad de experimentos no deseables éticamente (posibilidad de abuso y malos usos): eugenesia, elección de sexo ...
- Fomentan la opresión de las mujeres al reforzar el “rol” de madre de la mujer
- Desdeñan la posibilidad de la adopción

Principales problemas y dilemas asociados a las situaciones y procesos que incluyen las TRA

La realización, y la búsqueda del éxito (procreación), de las TRA implican situaciones que generan problemas y dilemas éticos. Éstos tienen que ver, fundamentalmente, con: la salud, los derechos y la explotación de la mujer; el estatus moral y jurídico del embrión; y, el “vínculo” entre los “hijos de la reproducción asistida” y las personas que “donaron” los gametos para su procreación. En el siguiente cuadro se resumen estas preocupaciones y se destacan aquellas que afectan directamente a la mujer, sus derechos y su salud física y emocional (ver cuadro de la página siguiente):

Mujeres: ¿De qué estamos hablando?

La maternidad como ¿destino?

La capacidad de parir de las hembras de la especie humana es una de las características biológicas fundamentales en la construcción del género femenino y el “ser mujer”. La idea de que “naturaleza es destino” deriva en una ecuación compleja: hembra de la especie humana es igual a mujer y madre (al parecer, aquí empezó el problema -obviamente- sin restarle importancia a la supremacía del macho en cuanto a fortaleza física), tesis sometida a crítica por los análisis feministas.

El género deviene de las construcciones culturales basadas en las diferencias sexuales entre la hembra y el macho humanos y que configuran una situación de sometimiento de la mujer al hombre. El concepto *género*

SITUACIÓN ASOCIADA A LAS TRA	PROBLEMAS Y DILEMAS
Inducción de la ovulación y extracción de óvulos	<ul style="list-style-type: none"> • Costo físico, psíquico y económico para la mujer • Todavía no se han obtenido resultados concluyentes con respecto a los efectos a largo plazo que puede traer el uso de las drogas y hormonas que inducen la ovulación = carácter aún experimental de la TRA • Riesgos colaterales a la salud de la mujer: náuseas, vómitos, aumento del tamaño del ovario y posibilidad de formación de quistes ováricos
Donación anónima de semen o de óvulos	<ul style="list-style-type: none"> • Filiación y responsabilidad jurídica del donante • Posibilidad de selección de sexo y características físicas (eugenesia) • Derecho del nacido a conocer su origen biológico (derecho a la identidad) • Venta de óvulos • Venta de semen
Congelación de semen	<ul style="list-style-type: none"> • Fecundación <i>post mortem</i> y vínculo filial
Congelación (crioconservación) de embriones	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué hacer con los embriones congelados sobrantes? • Uso de embriones para experimentación
Útero subrogado (o “vientre de alquiler”)	<ul style="list-style-type: none"> • Pago por el “útero subrogado”: las más vulnerables son las mujeres pobres, lo que origina una relación contractual desigual
Legislación que permite el uso de las TRA sólo a parejas legalmente constituidas	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación al derecho individual a la procreación • Exclusión de las mujeres solas, lesbianas y homosexuales como posibles usuarios de la TRA
Legislación que permite el uso de las TRA sólo en casos de infertilidad o esterilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusión de las mujeres solas, lesbianas y homosexuales como posibles usuarios de la TRA
Costos elevados	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la procreación definido por el poder adquisitivo
Bajo porcentaje de “éxito” de las TRA	<ul style="list-style-type: none"> • Costos físico, psíquico y económico para la mujer • Frustración y sentimiento de pérdida
Embarazos múltiples, como consecuencia de la transferencia múltiple de embriones	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo de alto riesgo: peligro de la salud y la vida de la mujer • Reducción embrionaria (posibilidad de aborto selectivo)

ocupa un lugar central en las teorías feministas modernas, con la propuesta de adoptar analíticamente una “perspectiva de género”. Lo que implica no solamente que la cuestión de las mujeres será un referente principal de investigación sino, fundamentalmente, que la pertenencia a determinado sexo biológico es una categoría sociocultural que debe, necesariamente, incluirse en todo análisis de la realidad humana. Atkin nos presenta una definición de dicho concepto, que puede resultar muy útil:

El género refiere a las construcciones culturales y subjetivas que son elaboradas alrededor de los sexos femenino y masculino. Dichas construcciones se han establecido como un conjunto de normas y prescripciones que la sociedad dicta, conformando de manera precisa los roles masculino y femenino, es decir, los roles de género. Dichos roles se inician en la apreciación de una diferencia sexual biológica y desembocan en una serie de prejuicios y desigualdades. Estos roles, que marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, incluyen las actitudes, valores y expectativas que la sociedad define como femenino y masculino. Las relaciones entre los géneros incluyen redes de creencias, rasgos de personalidad, prácticas, símbolos, representaciones, valores, conductas, normas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social. La diferencia ha implicado subordinación de un género (el femenino) frente al otro (el masculino).⁸

Para Simone de Beauvoir (*El segundo sexo*, 1949), la mujer es el Otro del hombre. Para que haya Otro tiene que haber Uno, y este Uno se lo ha atribuido el hombre mismo. Por esto la mujer es referida a él, está adscrita a él. Ser el Otro no es malo en sí mismo. Lo importante es, como persona, jugar los dos papeles, unas veces el de Uno, otras el de Otro, según las circunstancias; lo terrible es que en la dialéctica hombre-mujer el hombre siempre hace de Uno (el papel principal, el protagonista, aquel a cuyo alrededor giran las cosas) y la mujer el del Otro (una <función> del hombre; sólo sirve para demostrar que el propio hombre existe).⁹ Y en esa función de ser el Otro, lo "esencial" es ser madre.

Según Sau, llamamos familiarmente maternidad al hecho de que las mujeres asuman de forma particular y concreta el proceso biológico y el parto, así como los cuidados posteriores que requiere el ser humano durante un periodo de tiempo más o menos largo, o sea, el maternaje.¹⁰ Lamas, por su parte, diferencia el término "maternazgo" de "maternidad", entendiéndolo al primero "como equivalencia del 'mothering': la responsabilidad emocional, crianza y cuidado de los hijos, a diferencia de "motherhood" (maternidad) que se referiría a la gestación y el parto estrictamente".¹¹ Rich,

8 Cfr: Ojeda, Norma, coord., *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, 1999, p. 25.

9 Cfr: Sau, V. *Diccionario ideológico feminista*, Icaria, Barcelona, 2000, p.210-211.

10 *Idem.*, p.183.

11 Lamas, Marta, "Feminismo y maternidad", en *Fem*, diciembre-enero de 1986.

en *Of Woman Born* (1976), plantea una importante distinción analítica: "la diferencia entre la maternidad como experiencia y la maternidad como institución. De esta manera puede abordar la existencia simultánea de la opresión de las mujeres basadas en la institución de la maternidad y de la experiencia individual gratificante y placentera".¹²

En concordancia con todo lo anterior, el tema de la reproducción - fundamentalmente al confrontar la idea de maternidad como "destino" de la mujer con la de la maternidad voluntaria- es central en cualquier análisis, propuesta política e ideal de sociedad planteados desde el feminismo.

Mujer que no puede procrear: ¿Enferma? ¿Incompleta? ¿No-mujer?

Algunas críticas (y sus matices) desde el feminismo

Entre las principales ideas del pensamiento feminista se encuentra la del control sobre el propio cuerpo y, por ende, sobre la propia vida. Esto implica una ruptura con la naturalización de lo femenino. Ser mujer no es sinónimo de ser madre. De aquí se desprende la demanda política y reivindicación cultural de la *maternidad voluntaria*, en la que la lucha por la despenalización del aborto y el acceso a los métodos anticonceptivos modernos representan hitos fundamentales. La consigna de la maternidad voluntaria va de la mano con la demanda del reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, una de las concreciones más visibles y consistentes del feminismo: las mujeres tenemos derechos (humanos, civiles, políticos ...). Nadie lo discute, esto ya forma parte de la cultura moderna.

En el tema de la maternidad voluntaria los logros son menos contundentes. La píldora anticonceptiva es un *parteaguas* en la lucha por la liberalización de las mujeres y en la autodeterminación sobre sus cuerpos y sus vidas. La píldora (no exenta también en su momento de algunas críticas desde el feminismo) es un símbolo de poder, un poder real, igualmente el acceso a otros métodos de anticoncepción modernos con altos grados de efectividad.

No obstante lo anterior, aún no se ha logrado instalar consistentemente en el imaginario colectivo la idea de que ser madre es una opción y que la crianza de los hijos es una tarea que debe ser compartida entre hombres y mujeres. Un ejemplo de ello es que millones de mujeres-madres han conquistado el ámbito público, pero sin dejar de ser las principales responsables de la crianza y el cuidado de los hijos ... aunque tengan que pagar a otras mujeres para que se ocupen de ello y sin que la maternidad haya dejado de ser el papel más valorado y anhelado para las mujeres. No hay rup-

¹² *Idem.*

tura cultural. Éste es el contexto en el que se generan diversas reflexiones desde el pensamiento feminista sobre las técnicas de reproducción asistida.

María Jesús Izquierdo sentencia con lucidez implacable: "Cuando se aspira a intervenir conscientemente sobre nuestras condiciones de existencia, es imprescindible desarrollar una epistemología de la sospecha".¹³ Ésta parece ser una de las constantes en las críticas desde el feminismo: la sospecha, sobre todo respecto al uso de las TRA y las construcciones culturales que podrían reforzar. Al respecto, cabe señalar que a diferencia de otros planteamientos que también cuestionan el uso y fines de la TRA, el feminista —al decir de Gargallo— "es un tejido de reflexiones que acentúa, critica, repropone las formas culturales que tienen como base algunos elementos que emergen de nuestra propia historia".¹⁴ La preocupación se centra, en líneas generales, en desentrañar qué tanto las TRA pueden significar un aporte para la liberalización de las mujeres o, por el contrario, qué tanto podrían entorpecer su búsqueda de autodeterminación.

Cuerpo de mujer: ¿Campo de especulación y experimentación?

El carácter experimental de las técnicas de reproducción asistida ha significado que las mujeres hayan sido, y sigan siendo, verdaderos "ratones de laboratorio" en el proceso de consolidación de las mismas. Lo paradójico es que las mujeres contribuyen a la experimentación, no sólo con sus cuerpos sino con grandes sumas de dinero. Al respecto resulta pertinente señalar que: "Expertos de la Organización Mundial de la Salud creen que mientras no se posea suficiente información, una nueva tecnología debe considerarse experimental y su uso debe estar regido por todos los principios y resguardos que protegen a la investigación en seres humanos, es decir la debida protección que éstos merecen en los casos de experimentación".¹⁵

La hiperestimulación ovárica con la cual se logra la producción de varios óvulos a ser fecundados, implica el uso de drogas y hormonas para inducir la ovulación. Este procedimiento es "de rutina" en muchas de las TRA. No obstante, aún se desconoce a cabalidad el efecto que, a largo plazo, puedan ocasionar estas sustancias en el cuerpo de la mujer. Se presume que se podrían presentar: menopausia precoz, aumento en el tamaño del ovario, quistes en el ovario y hasta cáncer. Por otra parte, para la extracción de óvulos se requiere de anestesia total. A esto cabe agregar los efectos secundarios ya conocidos: aumento de peso, náuseas e hipersensibilidad.

13 Izquierdo, M. J., "Ideología individualista y técnicas procreativas", en *debate feminista*, año 4, vol. 8, septiembre de 1993, p. 74.

14 Gargallo, Francesca, "Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas", en *debate feminista*, año 4, vol. 8, septiembre de 1993, p.94.

15 Sommer, Susana, "Dossier: las nuevas tecnologías reproductivas", en *Feminaria*, año 10, núm. 19, p.37.

Muchos podrían aducir que los riesgos y efectos colaterales anteriormente descritos (a excepción de la experimentación en sí) son similares a los de cualquier proceso por el que atraviesa una persona en el tratamiento de cualquier enfermedad, a través de la medicalización y/o la cirugía. Pero, ¿qué tanto están informadas las mujeres de esto? Además, la vulnerabilidad de éstas, en su relación con las TRA, es mayor a la de una persona en búsqueda de cura de alguna dolencia o enfermedad, pues la situación emocional -enmarcada en el deseo de ser madre y la esperanza de que lo logrará por esta vía- incide en que las condiciones, para valorar las posibilidades de éxito (carácter experimental) y los riesgos, no sean las más apropiadas.

Por otra parte, en cada ciclo de *fecundación in vitro* se transfieren varios embriones, existiendo la posibilidad de que se logre un embarazo múltiple. Esto entraña un alto riesgo para la salud e inclusive para la vida de la mujer:

¿Infertilidad = enfermedad?

Más allá de las precisiones conceptuales que se intentan introducir en los manuales médicos, donde la infertilidad es definida como la dificultad para procrear (incluso temporal), ésta es tratada como una enfermedad y la mujer como una "paciente", una enferma, una persona "incompleta". Basta revisar una muestra de artículos médicos sobre la materia para constatar esta realidad o escuchar a algún experto en la materia.

¿Se podría prevenir la infertilidad? Ésta es una pregunta importante. El 30% de los casos de esterilidad corresponden a causas no explicables (o idiopáticas), el 70% restante tiene que ver con factores que pueden corresponder al hombre o a la mujer.¹⁶ Es probable que, siempre que no existan factores genéticos o congénitos, el estudio y la prevención sea una posibilidad. Existen algunos datos interesantes al respecto. En las sociedades altamente industrializadas y complejas (como lo es la Ciudad de México) el porcentaje de personas con problemas de infertilidad ha aumentado en los últimos años. Esto se cree está vinculado con factores ambientales como, por ejemplo, respirar plomo, gases anestésicos, cloruro de vinilo y dioxina. Al decir de Izquierdo, se ignora, o se hace como si no se supiera, que la gente produce su salud o su enfermedad en condiciones sociales, laborales, educativas, familiares.¹⁷

16 Véase: <<http://www.reproduccion.com.mx/steril.html>> (consulta: 13 de agosto del 2004).

17 Izquierdo, M J., p.70.

Ni el Estado ni la iniciativa privada parecen estar interesados en investigar, seriamente, sobre las posibles causas de la infertilidad y su prevención.

Cuerpo de mujer: ¿mercancía?

La TRA del útero subrogado o “vientre de alquiler” es la más cuestionada, no sólo por el feminismo sino por la mayoría de las personas que analizan este tema. La diferencia de argumentos está en dónde se centra el análisis. Mientras que algunos la cuestionan por los problemas filiales y parentales que conlleva, el feminismo enfatiza en la “cosificación” y el carácter de mercancía que la mujer y su cuerpo adquieren. Lo cierto es que muchas mujeres de escasos recursos comercializan su capacidad de procrear o de gestar, o su material genético (óvulos), para mejorar su situación económica.

Las mujeres que actúan como “madres subrogadas”, no establecen una relación contractual entre iguales. Por el contrario, se trata de una relación donde el único atributo valorado es la capacidad de procrear, gestar y dar a luz. Este tipo de situaciones contiene todos los elementos que configuran una clara explotación de la mujer. Como un matiz interesante, Ruth Macklin plantea que aún en contra de la comercialización de esta técnica, es lícito aceptarla “sólo en casos especiales que no implican pago de dinero sino que son el resultado de un claro sentimiento altruista”.¹⁸

La TRA del útero subrogado entrafia, además, el riesgo de que la “madre sustituta” pueda sufrir la “pérdida del bebé” y que se generen vínculos psicológicos y afectivos que pueden darse en el embarazo. Así sucedió en Estados Unidos, donde una mujer se negó a entregar el bebé que gestó (también había “donado” el óvulo que se fecundó) y el caso tuvo que ser resuelto por la justicia.

La “donación” de óvulos también implica una relación contractual desigual: las mujeres lo hacen por una necesidad económica. A diferencia de la “donación” de semen, que no significa someterse a ningún procedimiento quirúrgico, la de óvulos requiere una hiperestimulación ovárica y anestesia para la extracción de los gametos a través de la técnica de laparoscopia. Ya se comentaron los riesgos que existen y el desconocimiento sobre los posibles efectos, a largo plazo, de las drogas y hormonas que se usan para la sobreproducción de óvulos.

¹⁸ Véase: Serrano Levertu D. y A. M. Linares Parada, “Análisis de las nuevas técnicas de reproducción asistida. Una perspectiva de género”, en *Género Mujer Salud* 1993, 232-41.

Demanda de procreación asistida: ¿Con qué márgenes de libertad y autodeterminación?

¿Por qué hay mujeres dispuestas a todo para ser madres en términos físicos?, pregunta Gargallo e introduce el soslayado tema de la adopción: "Si la exigencia de ser madre no fuera tan sólo una exigencia sino un real deseo de maternidad, ¿por qué no adoptar un niño? ¿Por qué se dice sí a la inseminación artificial y no a la adopción?".¹⁹ Ante esto se plantea la necesidad de que las mujeres indagemos sobre las motivaciones profundas que nos llevan hacia algunas elecciones, como la de la maternidad biológica "a cualquier costo".

Aparece, nuevamente, una de las mayores premisas culturales: ser mujer = ser madre. Desconstruir esta idea es parte de la tarea del pensamiento feminista. Al respecto, Izquierdo señala: "La lucha por la liberación de la mujer ha de ser una lucha responsable, o no nos traerá la libertad. Responsable en el sentido de reconocer nuestra participación en la construcción del orden actualmente existente. Por más que el orden social sea opresor para nuestras aspiraciones, no es una obra ajena a nosotras, obra que nosotras sufrimos sin haber intervenido en su construcción, sino que por el contrario hemos participado en la construcción de nuestras cadenas sin que por ello seamos responsables por ello. Si no hubiéramos participado en la construcción de la realidad social, dudosamente podríamos participar en su transformación."²⁰

La construcción del deseo de la maternidad biológica tiene que ver con la cultura, no sólo se trata de instinto; caso contrario no tendrían explicación los casos de mujeres que deciden, sin traumas ni conflictos, no ser madres. O aquellas que sin poder procrear tampoco presentan consecuencias psicológicas severas. Pero las TRA prometen el "milagro" y, con intención o sin ella, refuerzan un estado de la cultura que es vivido, transmitido y difundido, generación tras generación, como "natural".

En este contexto el margen de libertad con el que una mujer decide someterse a alguna TRA es mínimo, más cuándo el costo de las mismas restringe su acceso a las clases media y alta.

La regulación de las técnicas de reproducción asistida

A diferencia de otros países, en México no hay leyes específicas sobre las TRA. Lo que sí existe es una serie de disposiciones, en los códigos penales

¹⁹ Gargallo, F., p.92

²⁰ Izquierdo, M.J., p. 74.

de algunas entidades federativas del país, que prohíben la inseminación artificial no consentida, cuando que este procedimiento difícilmente se puede llevar a cabo sin el consentimiento de la mujer. Situaciones de violencia física y psíquica podrían explicar la inclusión de esta prohibición expresa. Parecería también un reconocimiento implícito a la libertad reproductiva de las mujeres. Sin embargo, resulta aún más llamativo que de los códigos penales que prohíben la inseminación artificial no consentida, no todos permiten el aborto bajo esta circunstancia.

El Código Penal del estado de México prohíbe también que la inseminación artificial se realice sin el consentimiento del cónyuge, lo cual restringe esta técnica al ámbito del matrimonio en oposición a la libertad reproductiva *individual* reconocida en el artículo cuarto constitucional. También prohíbe dar en adopción al producto concebido por inseminación artificial. Por su parte, el Código Penal del Distrito Federal sanciona el uso indebido de la donación de óvulos y semen, sin precisar lo que significa "uso indebido".

Con leyes o sin leyes que regulen su funcionamiento, en nuestro país existen clínicas que ofrecen servicios de reproducción asistida. Según Alfonso Gutiérrez Nájjar, el pionero en México en el tema, hay 12 centros privados y uno público (el Instituto Nacional de Perinatología) que reúnen los requisitos científicos y de calidad.²¹

A esta lista se agregó el ISSSTE que anunció, en 2003, el primer nacimiento vía fertilización *in vitro*. Luciano Francisco Saucena González, jefe de servicios de Biología de la Reproducción del Centro Médico Nacional 20 de noviembre señaló sobre este programa, en el que 200 personas esperaban el año pasado un turno: "tenemos que ser muy selectivos y por eso se incluyen estudios psicológicos, sociológicos y económicos, entre otros, con la finalidad de determinar que la beneficiaria sea una pareja estable en todos los sentidos. Lo que buscamos es que el bebé que nacerá se desarrolle bajo la protección de una familia sana y estable".²² Nuevamente el "sujeto de derecho" es el matrimonio y no la persona. Análisis aparte requeriría la indagación sobre la "selección" psicológica, económica y sociológica que realiza el ISSSTE. Por su parte, en el sector privado mexicano sí se realizan inseminaciones artificiales en "mujeres solas", con semen proveniente de bancos del extranjero, experiencia relatada por la doctora Alexandra Bermúdez en una reciente mesa de trabajo sobre el tema en la UNAM.

21 Véase: Cruz, A. "Cumple 15 años el primer caso de nacimiento *in vitro* en México", en *La Jornada*, 23 de mayo del 2003, p.46.

20 "Logra el ISSSTE primer nacimiento de una niña, basado en fertilización *in vitro*" en *La Jornada*, 12 de julio del 2003, p.7.

En las clínicas privadas que funcionan en México también se realizan “donaciones” de óvulos que, como refiere el excelente artículo de Velásquez: “Cigüeña a la carta”,²³ esconden no sólo el pago por la extracción de óvulos sino también un trato discriminatorio hacia las mujeres con determinadas características físicas. Además, una suerte de explotación a las “donantes”, al sugerirles que pueden “donar” hasta 12 veces al año, cuando que una estimulación hormonal continua podría ocasionar endometriosis, fibromas y mayores posibilidades de desarrollar cáncer; como señala Gutiérrez Nájjar, entrevistado en el artículo señalado.

En ambos casos, “donación” de óvulos y de semen, las clínicas privadas que funcionan en México autorregulan los acuerdos que entrañan estas “donaciones”; se presume que las mujeres, y sus posibles parejas, ignoran la identidad de las personas que donan óvulos y semen, respectivamente.

España es una constante referencia en el tema de la reproducción asistida. La ley española plantea una resolución seria, en un momento dado de la ciencia y la tecnología españolas, de algunos de los principales problemas vinculados con las TRA. Asimismo, resulta un buen referente para valorar algunos de los aspectos que deben ser regulados y tenidos en cuenta en una ley local sobre la materia. Lema²⁴ hace un buen resumen de esta ley:

PROTEGE	PERMITE	PROHIBE
<ul style="list-style-type: none"> • La salud de la mujer y de la posible descendencia • El derecho de la mujer a decidir someterse a alguna TRA • El derecho de la mujer a la información sobre las TRA • La identidad del donante 	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de las TRA por parte de mujeres que no estén casadas • La donación de gametos (óvulos y espermatozoides) y embriones • La inseminación <i>post mortem</i> (en algunos casos) 	<ul style="list-style-type: none"> • La clonación humana • La venta de gametos y embriones • La transferencia más de tres embriones en cada ciclo de FIV (“ el tratamiento deberá evitar la gestación múltiple y la reducción embrionaria)

Según el análisis de Lema, esta ley no incorpora la intervención del Estado en un cierto sentido social: “En modo alguno se sitúa en el marco de una intervención de mayor calado, por ejemplo preventiva, con relación a la infertilidad, que sin embargo es esgrimida como la máxima *ratio legitimadora* de la necesidad de poner en marcha toda esta cuestión”.²⁵

Las propuestas legislativas en México

En medio del vacío legal mexicano, existen algunas propuestas legislativas, como las presentadas por el Partido Acción Nacional (PAN) y el Partido

23 Velásquez, S., “Cigüeña a la carta, en *Milenio semanal*, 23 de julio de 2003, pp.62-65.

24 Lema Añón, C., “Nuevos modos de reproducción humana y (sujetos) de Derecho”, en Ascensión Cambrón (coord.), *Entre el nacer y el morir*, Granada, Comares, 1998, pp.77-93.

25 *Idem*, p.85.

Verde Ecologista Mexicano (PVEM). Estas iniciativas sirven de referencia para conocer cuáles son las principales preocupaciones, para estos partidos políticos, respecto al tema de la TRA. A continuación, un punteo del contenido de las mismas:

INICIATIVA DEL PAN	INICIATIVA DEL PVEM
<ul style="list-style-type: none">• La beneficiaria de las TRA es la pareja y no la persona (menciona inclusive que es necesario presentar una "certificación" que comprueba la "unión")• La infertilidad (la cual equipara a enfermedad) o la esterilidad son las únicas justificaciones para las TRA• Pretende preservar "los valores y principios de la familia mexicana"• Respecto al embrión, menciona los "derechos del no nacido" y también los "derechos del niño"	<ul style="list-style-type: none">• Equipara embrión a persona• La finalidad del matrimonio es la perpetuidad de la especie• Permite la subrogación de úteros, privilegiando los úteros "de familiares"• Prohíbe la "gestación sola de la mujer"• Restringe el acceso a estas técnicas a que uno o ambos "progenitores" no puedan tener descendencia por vía natural• Considera a las TRA para tratar la esterilidad y no la infertilidad

No es necesario remitirse a la problemática de la infertilidad para advertir el desfase entre las iniciativas de ley enunciadas y la realidad social. En México y quizá en cualquier lugar del mundo, la reproducción humana (tener hijos y criarlos hasta que sean autónomos) no está vinculada solamente con la institución del matrimonio. Muchas mujeres son madres solteras, algunas por opción, otras -las más- porque en nuestra cultura quien cría y asume la responsabilidad de los hijos que se conciben fuera del matrimonio sigue siendo la mujer. La ausencia de la figura paterna es una presencia constante que a nadie sorprende. En ese sentido, la creencia de que sólo con la madre y el padre juntos, bajo la protección de la "casa matrimonial" existan las condiciones y los valores adecuados para criar a un hijo o hija es irreal. Además, ¿cuál es la "familia mexicana"? En tiempos en que los arreglos familiares son tan diversos, la entelequia de la familia mexicana es posible sólo gracias a un fundamentalismo religioso y a una ceguera ideológica, ambos totalmente contrarios al carácter laico del Estado mexicano, que debe regir la elaboración de leyes.

Por otra parte, los homosexuales también tienen hijos, algunos inclusive dentro del matrimonio: hay casos de lesbianas y de homosexuales cuyo reconocimiento (o aceptación) de dicha opción u orientación sexual es posterior al hecho de haber tenido hijos y haber estado casados. Asimismo, muchas lesbianas conciben hoy día en México gracias a la inseminación artificial; obviamente, al margen de posibles prestaciones sociales que podrían abaratar los costos de estos procesos.

Las madres solteras por opción, las madres abandonadas por sus parejas que crían solas a sus hijos porque no les queda otra alternativa, las lesbianas que deciden ser madres ... son realidades que queramos verlas o no, existen. Por eso son tan forzadas estas propuestas, tan ideologizadas y hasta tan fundamentalistas: el embrión es persona, la familia tradicional es el eje central y único de la sociedad (¡y así nos va en este mundo!), la sexualidad y la reproducción deben ser controladas y reguladas por instancias externas a la persona. Ni la autonomía individual ni la libertad reproductiva existen, la mujer como sujeto de derechos, menos: sólo como madre abnegada bajo la tutela del marido.

El equilibrio necesario

Las TRA llegaron para quedarse y las mujeres tienen derecho (no la obligación) a ser madres: Hay que buscar un equilibrio, dicho en términos económicos, entre la "oferta" y la "demanda". Pero sin olvidar que oferta y demanda -en este caso- entrañan construcciones culturales que no reconocen necesariamente la dignidad de las mujeres y la autodeterminación que esta implica. Autodeterminación necesaria para decidir ser madre o no y para decidir -con información honesta, suficiente y objetiva- qué caminos seguir en la búsqueda de la reproducción. Ésta debe ser una de las bases fundamentales de una regulación de las técnicas de reproducción asistida: la dignidad humana y la de la mujer en particular, porque es incuestionable que ella es *la* protagonista principal de la reproducción asistida.

La regulación por parte del Estado de aspectos que tienen que ver con la sexualidad y la reproducción humana es un tema delicado, pues pertenecen al ámbito de la intimidad, de la privacidad: ahí donde el Estado no debe inmiscuirse, donde las personas somos soberanas. En este caso, la intervención estatal es necesaria por motivos que tienen que ver con la protección de derechos humanos de las mujeres y de los hombres; y también con el control de ciertas condiciones que podrían afectar los derechos de la persona nacida por medio de alguna de las TRA: el derecho a la identidad, el principal.

El derecho a la reproducción reconocido en el artículo cuarto constitucional deberá ser, necesariamente, el eje de cualquier ley en la materia. Derecho en el cual el titular es la *persona*, no el matrimonio, no la persona con determinadas características socioeconómicas, afectivas o de opción sexual. Es necesario que se asegure el derecho sin exclusión de categorías especiales.

La protección del derecho a la salud y a gozar de los avances de la ciencia debe ser incluida en cualquier regulación sobre las TRA. Ésta debe controlar que las mujeres y sus cuerpos no sean sometidos a riesgos físicos, psíquicos, ni experimentaciones. En este aspecto, el consentimiento informado adquiere una importancia primordial.

La investigación sobre las causas de la infertilidad también debe ser fomentada. Así como la difusión de otras opciones alternativas a las TRA. Muchas personas que quieren tener un hijo desechan la posibilidad de la adopción por los engorrosos trámites y el largo tiempo que conlleva su concreción.

Finalmente, el otro lado de la moneda está en la llamada "sociedad civil" y en la responsabilidad ciudadana: los grupos lésbico-gay, los que defienden la laicidad del Estado, los que propugnan los derechos civiles, los académicos que reflexionan sobre los dilemas bioéticos que plantean las TRA, las feministas ... Entre 1986 y 1987 las italianas reflexionaron colectivamente sobre la reproducción asistida y temas vinculados con ésta, para -posteriormente- presentar a las candidatas a diputadas de todos los partidos el documento elaborado. Según reflexiona Gargallo: "Por ser los nuestros cuerpos reproductivos, no tomar la palabra para hablar sobre una tecnología que amenaza a la vez que transforma la cultura de la reproducción, es relegar a un segundo plano uno de los componentes básicos de nuestra identidad".²⁶ Indudablemente, *sin demandas no hay derechos* y el reconocimiento de derechos es un tramo fundamental en la construcción de nuevas identidades y libertades, como la de "ser mujer" sin ser necesariamente madre.

26 Gargallo, F., p.97.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INVESTIGACIÓN GENÉTICA A LA LUZ DE LA BIOÉTICA Y EL FEMINISMO¹

Juan Guillermo Figueroa Perea²

Resumen

En este trabajo se reflexiona sobre algunas de las dimensiones éticas asociadas al proceso de generación de conocimiento en el ámbito de la genética y a las modalidades de la aplicación del mismo, a partir de diferentes recursos tecnológicos. Para este ejercicio de reflexión se recurre a dos esquemas éticos con el fin de ilustrar algunas de las características de esta reflexión aplicadas al campo de la genética. El primero retoma los principios vigentes en muchos códigos de ética médica como lo son el respeto a la libertad, a la beneficencia y a la justicia, mientras que el segundo incorpora algunos aspectos de la ética feminista así como de la investigación sociológica sobre los derechos sexuales y reproductivos. El primer esquema es el que suele privilegiarse en múltiples espacios de reflexión bioética, mientras que el segundo permite enriquecer e incluso cuestionar algunos de los supuestos del paradigma dominante al analizar éticamente el tema de la genética. El texto no busca dar respuestas, pero sí contribuir a la elaboración de preguntas, a la identificación de problemas metodológicos y a la sistematización de dilemas éticos al abordar el tema de la investigación genética.

Palabras clave: ética, genética y feminismo.

I. Entre la ética y la genética³

En este trabajo se reflexiona sobre algunas de las dimensiones éticas asociadas al proceso de generación de conocimiento en el ámbito de la genética y a las modalidades de la aplicación del mismo, a partir de diferentes recursos tecnológicos. Resulta de especial importancia aclarar que las dimensiones éticas no se limitan a alertar sobre los riesgos asociados a un uso inequitativo del conocimiento o al abuso en el poder asociado al mismo, sino que también posibilitan el festejar los avances en la comprensión de los procesos de conocimiento de los seres humanos y en la identificación de recur-

1. Trabajo preparado para el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud celebrado en Lima en junio del año 2001.

2. El Colegio de México, jfigue@colmex.mx

3. Una primera versión de este trabajo se preparó para el seminario sobre "Temas selectos de Derecho y Salud", organizado por el Núcleo de Estudios Multidisciplinarios en Derecho y Salud del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. del 29 al 31 de agosto del año 2000.

sos para mejorar sus condiciones de vida, interpretadas en un sentido integral. De ahí la pertinencia de abordar el tema del conocimiento y la tecnología en el ámbito de la genética ya que sus componentes han sido objeto de descalificaciones y de idealizaciones en diferentes contextos sociales (Martínez Bullé 1998a, Sommer 1998, Rotania 1999).

Otro aspecto importante de destacar desde un principio es que para este ejercicio de reflexión se recurrirá a dos esquemas éticos con el fin de ilustrar algunas de las características de esta reflexión aplicadas al campo de la genética. El primero retoma los principios vigentes en muchos códigos de ética médica como lo son el respeto a la libertad, a la beneficencia y a la justicia, mientras que el segundo incorpora algunos aspectos de la ética feminista así como de la sociología desarrollada al reflexionar sobre los derechos sexuales y reproductivos. El primer esquema es el que suele privilegiarse en la reflexión bioética mientras que el segundo permite enriquecer e incluso cuestionar algunos de los supuestos del paradigma dominante al analizar éticamente el tema de la genética.

La investigación genética y su posible aplicación se han venido constituyendo en uno de los aspectos principales que concentra la atención de los estudiosos de la bioética, así como de quienes llevan a cabo análisis éticos del proceso de generación de conocimiento en diferentes ámbitos del quehacer humano. Seleccionamos este tema para ilustrar diferentes formas de analizar éticamente un aspecto vinculado con los procesos de investigación en Ciencias Sociales y en Salud, por una parte cuando se toman como parámetros los principios clásicos de la bioética y por otra, cuando se contrastan con los derivados de la ética feminista. El contraste es importante ya que además de su utilidad analítica tiene implicaciones políticas que vale la pena discutir colectivamente.

El ámbito de la bioética se identifica surgiendo a partir de una preocupación por humanizar la medicina, así como la investigación sobre cuestiones biológicas (Pellegrino, 1999). Sin embargo, la apuesta analítica se ha centrado en utilizar principios éticos de la tradición médica al margen de que algunos de los problemas a los cuales se quiere reaccionar en esta búsqueda de humanización posiblemente se deriven del paradigma y de los roles asumidos por dicha disciplina. En la contraparte, uno de los críticos más importantes de los excesos de la práctica médica, ha sido el pensamiento feminista (Holmes y Purdy, 1992; Castro y Brofman, 1998). De ahí el interés por mostrar otro tipo de referentes éticos que se han desarrollado desde el feminismo como una posibilidad de repensar y tomar distancia de la propia práctica bioética y por ende de valorar diferentes resultados del ejercicio de reflexión desde una de las áreas de especialización de la filosofía, como lo es la ética.

Precisamente por la referencia a esta disciplina el texto no busca dar respuestas, pero sí contribuir a la elaboración de preguntas, a la identificación de problemas y a la sistematización de dilemas éticos al abordar el tema de la investigación genética. Ello es más fácil de imaginar a través del diálogo interdisciplinario que suele desarrollarse en congresos que convocan a científicos sociales y a estudiosos de la salud.

El conocimiento genético

Es importante señalar que de acuerdo con el conocimiento que se ha acumulado en la genética se considera que saber y conocer la secuencia de bases del ácido desoxirribonucleico (ADN) permitiría conocer la estructura de los genes y por lo tanto, se podría saber cuando alguno de ellos se encuentra alterado, lo que explicaría el origen de diversas enfermedades. Con ello, se buscaría incorporar genes conocidos para limitar la función de otros cuya expresión pudiera ser indeseable o bien introducir genes bien identificados para inducir características y funciones nuevas. Es decir, conocer la estructura del genoma humano es de gran trascendencia (Kilner, Pentz y Young 1997).

Al mismo tiempo, el conocimiento de la estructura del genoma puede contribuir a eliminar un gran número de creencias, dogmas y mitos sobre las causas y clasificaciones que se les dan a enfermedades desde lo biológico y lo social. Quizá el más importante sea el determinismo genético, de acuerdo con el cual un gen determina invariablemente una función determinada (Flores 2000). Otra modalidad que se puede cuestionar a partir de los hallazgos de la genética es la del determinismo social, en donde lo biológico pretende pasarse a segundo término, al argumentar que los seres humanos somos una tabla rasa, al parecer "moldeable absolutamente a partir de las influencias sociales" (Lewontin, Rose y Kamin 1987).

Uno de los atractivos de la genética es la búsqueda de perfección y el ansia de inmortalidad, a las que aluden autoras como Sommer (1998), pero también el tratar de comprender lo que es el ser humano de una manera más precisa, como lo reconocen diversos genetistas (Velázquez 1998). No obstante, esta búsqueda no está exenta de múltiples riesgos de discriminación justificados precisamente por las diferencias genéticas y por la caracterización cada vez más sofisticada de las mismas (Martínez Bullé 1998a).

El análisis ético

Interpreto a la ética como el ejercicio sistemático de reflexión sobre la construcción de normas en las relaciones humanas (Figuroa 1996). Por ello es importante destacar dentro de su quehacer la identificación de los actores que participan en la definición de normas, así como los procesos de vigilan-

cia, negociación y transformación de las mismas. Me resulta central la discusión sobre quiénes son los actores que definen las normas éticas y hasta dónde mujeres y varones concretos se reconocen con un papel específico en dicha construcción social.

En el proceso de instrumentar una evaluación ética los principios son un antecedente obligado pero requieren de otros insumos para poder utilizarse: uno de ellos puede ser comparar la práctica con el principio en abstracto e identificar situaciones conflictivas en la medida en que se distancian de la situación ideal y otra, definir parámetros intermedios entre la expectativa máxima a ser alcanzada y los conflictos específicos que se reconocen en diferentes contextos.

2. Una lectura posible desde la bioética

Una primera aproximación para evaluar éticamente un procesos de investigación como el de la genética es de acuerdo a su capacidad para respetar lo que se ha dado en nombrar "principios éticos básicos", los cuales más que plantearse como elementos universales de donde deducir las conductas morales, se interpretan como los elementos constantes y los supuestos afines a diferentes valoraciones morales.⁴ Diferentes códigos y declaraciones internacionales reconocen tres principios éticos básicos como parámetros de referencia a ser asegurados con el propósito de cumplir ciertos estándares éticos en los diferentes procesos de intervención. Se reconoce que los mismos surgen de la búsqueda de valores constantes al margen de la heterogeneidad cultural que caracteriza nuestra sociedad. Dentro de ellos se habla del respeto a la autonomía de las personas, de la búsqueda de beneficencia y del respeto a la justicia (Macklin 1990; Cook 1994).

El respeto a la autonomía de las personas incorpora por lo menos dos convicciones éticas: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección. Se exige que las personas participen voluntariamente en un programa que les afecta o que repercute en ellos y que tengan información adecuada, para decidir al respecto.

El principio de beneficencia⁵ tiene una connotación más activa, ya que además de respetar las decisiones de las personas, busca explícitamente asegurar el efecto positivo de una intervención. Se han establecido reglas generales para expresar las acciones de beneficencia: que los posibles bene-

4. Una análisis más sistemático de dos modalidades de evaluación ética -incluyendo algunos ejemplos específicos- puede encontrarse en Figueroa y Rodríguez (2000).

5. También nombrado utilitarista o de no maleficencia.

ficios superen considerablemente a los posibles perjuicios de una intervención. Un elemento importante a destacar es que no se pretende afirmar ingenuamente que no existan daños por las intervenciones, pero sí que cuando éstos se identifican deben ser mínimos y justificarse ampliamente por el tipo de beneficios a ser alcanzados.

El principio de justicia pretende asegurar que las personas no sean intencionalmente discriminadas de los beneficios de una intervención o bien que no sean sometidas en mayor medida a sus posibles riesgos. Una injusticia ocurre cuando se niega cierto beneficio al cual tiene derecho la persona, o bien se expone a un riesgo mayor sin justificación. El elemento problemático a destacar de este principio es que no existe un consenso sobre el significado de 'lo justo' en los diferentes arreglos sociales (ver Gracia Diego 1990).

Podríamos resumir este esquema señalando que la evaluación ética de una intervención requiere que se especifique qué tan informadas están las personas que participan en la misma, cuál es su nivel de comprensión de la información, cómo se aseguró su participación voluntaria en este proceso, cuáles son los riesgos y beneficios de las acciones que son objeto de la intervención, cómo se justifica la misma a partir del conocimiento acumulado y cuáles fueron los criterios para la selección de las personas que participan en este proceso.

En esta vertiente el primer paradigma o modelo ético que mencionamos ha identificado el consentimiento informado como un recurso de apoyo importante al respeto a la autonomía de las personas, así como la ponderación de riesgos y beneficios de cualquier intervención vía un proceso de investigación como un recurso para asegurar los principios de beneficencia y de no maleficencia. A partir de ello se pueden establecer acuerdos sociales para definir si una intervención se justifica cuando el riesgo posible presenta un balance favorable con los beneficios alcanzados o esperados y por otra, en qué condiciones es indispensable el consentimiento informado debido al carácter no obligatorio de la intervención en cuestión y a su nivel de riesgo.

En algunos comités de ética los proyectos considerados de riesgo alto no se aceptan para llevarse a la práctica salvo en situaciones de extrema emergencia, los de riesgo medio requieren obligadamente de un detallado y cuidadoso formato de consentimiento informado donde de manera explícita se deje constancia no únicamente de la aceptación del sujeto de investigación sino de su comprensión de aquello que está siendo objeto de una intervención terminada y por último, los de riesgo bajo o nulo pueden llevarse a la práctica sin necesidad de formatos escritos, si bien se recono-

ce que nunca está de más el asegurar una aceptación verbal y en condiciones de respeto a la persona en la que se lleva a cabo tal intervención.

El principio de justicia se instrumenta al evaluar qué tanto una persona por pertenecer a un grupo determinado es expuesta en mayor medida a intervenciones con posibles riesgos o bien si es excluida de la aplicación de sus beneficios, ya que eso estaría infringiendo el principio en cuestión y haciendo que el conocimiento fuera inequitativo tanto en el proceso de construcción del mismo, como en su aplicación (Figuroa y Rodríguez, 2000).

Existe cierta experiencia en la evaluación y aplicación de los criterios anteriores al margen de que no están resueltas todas sus posibles condiciones y los matices que se generan, por la heterogeneidad de las poblaciones que pueden ser objeto de investigaciones. Sin embargo, los principales problemas se presentan al tratar de ponderar los riesgos individuales con respecto a los beneficios sociales o bien al discutir el sentido del altruismo en la participación de las personas en los procesos de investigación. Es decir, la referencia explícita a que puede no tener ningún beneficio para quien acepta correr un riesgo por el proceso de la investigación. Además de ello, uno de los aspectos menos discutidos y por ende, menos acordados socialmente, es el significado del consentimiento informado en términos colectivos o en términos sociales; es decir, cuando una colectividad es o no consultada antes de generar un conocimiento que puede repercutir socialmente.

En ese sentido es interesante el concepto utilizado por Sommer (1998) quien sugiere la posibilidad de un consentimiento colectivo o social, para temas vinculados con genética; otra modalidad es la referencia que propusimos en otros textos en términos de asegurar que el conocimiento generado con la participación de seres humanos como objeto de investigación no se aplica posteriormente en detrimento o perjuicio de quien contribuyó al avance en el conocimiento (genético) (Figuroa 1999a; Figuroa en prensa). Los resultados de una investigación pueden no haber sido obtenidos directamente con una persona y sin embargo ser utilizados repercutiendo en ella, o bien dicha persona puede ser parte de una minoría que podría estar en contra del conocimiento generado y que sin embargo este se fue construyendo a partir de la aceptación del resto de los miembros de un grupo o de una colectividad.

En muchos de los casos anteriores lo que se requiere es conocer y contar con información accesible, entendible y comprensible con el propósito de consentir individual o socialmente, con el propósito de ponderar riesgos y beneficios en sus varias dimensiones y con el propósito de planear el uso equitativo de la generación del conocimiento, entre otras características. Sin embargo, en sociedades desiguales ello no siempre puede llevarse a

la práctica, aunado a que la desigualdad no se limita a lo social, al conocimiento y a la inequidad en el acceso a la tecnología, sino también a las especializaciones académicas y a sus fuentes de financiamiento, ya que muchas veces no se reconoce como una necesidad el socializar el conocimiento e incluso se considera un riesgo por la posibilidad de perder el poder que se tiene y el estatus que se desempeña socialmente.

Es evidente que en una primera lectura un conocimiento sobre elementos básicos del funcionamiento de los seres humanos pueden representar un beneficio enorme. De hecho uno de los artículos de la declaración de Helsinki pone como condición y como justificación ética de un proyecto de investigación la existencia de evidencias para obtener un beneficio a partir de este proceso de generación de conocimiento (Art. 24a); sin embargo, al mismo tiempo especifica que lo individual y los intereses de cada persona deben privilegiarse por encima de los de la ciencia y de las dimensiones sociales (Art. 93). Ello alude al uso social de la información generada en los procesos de investigación. La declaración de Helsinki también señala que el investigar sobre algo que puede generar riesgos solamente se justifica en aquellas situaciones en que los riesgos pueden manejarse por aquellos que intervienen (Art. 15); es decir, que no "se les van de las manos los eventos sobre los que están incursionando", los cuales podrían no aparecer si se evitara el proceso de investigación. Ello tiene importantes implicaciones para el caso del conocimiento genético.

Los principios anteriores han sido utilizados ampliamente en los ámbitos nacional e internacional y ello ha permitido depurar sus criterios de aplicación a la vez que reconocer sus limitantes. Dentro de ellas se pueden mencionar: que la autonomía es vista como característica de una concepción individualista y racional de las personas, lo cual no se puede generalizar en todo contexto y etapa de la vida (Cook 1994); que se ignora (o por lo menos no se hace explícita) la referencia a la dimensión corporal subyacente a las intervenciones vinculadas con la sexualidad y la reproducción (Donchin y Purdy 1999); que se ignora la problemática de las inequidades de género y la doble moral subyacente a los códigos de conducta para varones y mujeres, en tanto algo que permea la aplicación de los diferentes principios éticos (Sherwin 1992); que se minimiza la heterogeneidad de la población en la aplicación de interpretaciones de distintos referentes morales (Olivé 1993, Salmerón 1998); a la vez que se cuestiona que los principios parecen privilegiar una lectura pasiva de no atender contra los derechos sin alertar sobre las condiciones que dificultan o inhiben el ejercicio de los mismos (Cook 1995).

En esta vertiente, en los últimos años se han desarrollado propuestas éticas que buscan reforzar la presencia y el quehacer de los individuos

en la definición de las normatividades que son consideradas como parámetros de evaluación ética de diferentes acciones sociales. Una muestra de ello lo representa la categoría de 'ejercer como persona' -personhood-, la cual va más allá de la pura racionalidad y de la referencia a personas autónomas, autocentradas y autorreferidas, con el fin de reconocer diferentes formas de desarrollarse como persona (Petchesky 1990); la explicitación de una lectura feminista de la ética y de la misma bioética (Sherwin 1992; Little 1996) que permita recuperar los condicionamientos y sesgos de género en las normatividades; la revisión del origen de los códigos morales, distinguiendo aquellos basados en principios universales –lectura deontológica- respecto a los que hacen referencia a los contextos y que recuperan la especificidad de condicionamientos sociales e individuales –lectura teleológica- (Lamas 1998 y Lista 2001); la referencia a que se pueden violentar los derechos humanos y los principios éticos tanto por abuso e intromisión como por omisión, negligencia o discriminación (Correa y Petchesky 1994; Cook 1995) y finalmente, uno de los aportes fundamentales de esta vertiente, el proponer como principios éticos el reconocimiento de la diversidad y el respeto a la integridad corporal (Correa y Petchesky 1994). Ello le ofrece otras posibilidades -si bien le añade complicaciones metodológicas- a la evaluación ética de las distintas formas de intervención social, en particular al reconocer de una manera más clara la autoridad de las personas a quienes se dirigen, y sus condicionantes de género, así como la dimensión de la diversidad en la interpretación moral de la realidad.

3. Una lectura ética desde el feminismo

De acuerdo con la vertiente de análisis sugerida por algunas autoras feministas, se reconocen como principios éticos el respeto a la integridad corporal, el respeto a la capacidad de ejercer como persona, el reconocimiento de la diversidad, y la equidad, tanto de género como de grupos sociales (Correa y Petchesky 1994). Si bien estos principios se han sistematizado en el contexto de la discusión sobre el significado de los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, su contenido permite desarrollar algunas analogías con respecto al conocimiento genético, a sus usos y a sus implicaciones.

El principio del respeto de la integridad corporal y al control sobre el propio cuerpo forma parte -entre otros- de la libertad reproductiva y sexual. La integridad corporal incluye tanto el derecho de la persona a que no se le prive de su capacidad sexual y reproductiva como su derecho a la

integridad de su persona física. Pero la integridad corporal también implica derechos afirmativos a disfrutar del pleno potencial del propio cuerpo: para la salud, la procreación, y la sexualidad.

El principio del reconocimiento del ejercicio como persona es necesario para respetar su ejercicio moral y legal como personas; esto es, su derecho a la autodeterminación. Más allá de limitarse a lo racional, este principio incorpora las múltiples modalidades y raíces de los comportamientos humanos. Ello significa tratar a toda persona como actores principales y tomadores de decisiones en materias de reproducción y sexualidad, como sujetos y no meramente como objetos, como fines y no únicamente como medios de las políticas y los programas que influyen sobre sus dinanismos vitales.

El principio de la igualdad se aplica a los derechos sexuales y reproductivos en dos áreas principales: las relaciones entre los hombres y las mujeres (divisiones de género) y las relaciones entre las personas, en condiciones que las dividen como grupo tales como clase social, edad, nacionalidad y etnicidad.

El principio del reconocimiento de la diversidad supone respeto por las diferencias entre las personas en términos o en función de sus valores, cultura, religión, orientación sexual, condición familiar o de salud, entre otras. El lenguaje cada vez más universal de los instrumentos internacionales de derechos humanos, necesita ser reformulado para tomar en cuenta tales criterios de diferenciación social, ya que los derechos humanos frecuentemente tienen diferentes significados o puntos de prioridad, en contextos sociales y culturales distintos.

En esta segunda lectura la valoración ética de un proceso de intervención social puede centrarse en qué tanto se toma en cuenta a la persona en su especificidad y en el ejercicio de sus capacidades al definir dicha intervención; de qué manera dicho proceso estimula o inhibe el cuidado corporal de las personas a quienes va dirigido; qué tipo de cuidados se tiene para reducir -o bien para no reproducir- las desigualdades sociales, con especial atención a las de género y qué tan flexibles son las estrategias propuestas en los procesos de intervención al recuperar la diversidad social. Desde esta lectura es factible combinar la referencia a los derechos humanos reconocidos en declaraciones internacionales y los principios éticos derivados de la revisión de códigos morales, explícitos o no, en las prácticas sociales. Sin embargo, es necesario aclarar y matizar que las intervenciones sociales no son responsables del ejercicio de dichos derechos o del cumplimiento de los principios, pero sí pueden evaluar en qué medida los fomentan, los avalan o -en la contraparte- los inhiben.

En este segundo esquema de evaluación ética además de elementos como la autonomía y de la libertad de las personas, se propone el respeto al “derecho de ejercer como persona”. Ello es entendido como el reconocimiento de que los individuos son actores (con aciertos, ambigüedades, contradicciones y rectificaciones) de la construcción social y no únicamente observadores pasivos de lo que dicha sociedad puede ir haciendo con ellos. Esta parece estar siendo la situación actual en el desarrollo de la investigación genética. Además de ello, se propone un principio de defensa a la integridad corporal, el cual si bien puede tener algunas analogías con la protección a la integridad del investigado al que se alude en la declaración de Helsinki (Art. 14), incorpora la referencia a que el cuerpo es una parte integral de la persona y que por ende, dicha persona tiene la autoridad y la capacidad de decidir lo que se hace con el mismo.

Es interesante proponer algunas reflexiones sobre lo que ello significaría para la genética ya que si bien puede ser interpretado para corregir daños y para prevenir situaciones no deseadas, también lo puede ser para pulir y perfeccionar el desarrollo corporal de la persona. Este es uno de los usos más cuestionados de la genética, debido a que la búsqueda de una “raza humana superior” suele ser interpretada como el principal argumento para legitimar posibles discriminaciones, precisamente por ubicarse en el contexto de sociedades inequitativas, clasistas, etnicistas y sexistas.

A pesar de este riesgo, cuando esos principios son vistos de manera conjunta las posibilidades de aplicación de la genética adquieren algunos matices, precisamente por la búsqueda ética de no discriminar, de no negarle el acceso al avance del conocimiento a algún grupo en particular; por la posibilidad de defender y respetar la integridad corporal y por la referencia también al cuarto principio al que alude esa lectura ética, en términos del “reconocimiento de la diversidad”.

En una primera lectura dicha diversidad refiere a que no hay una única lectura moral que dé cuenta de los diferentes eventos sociales y por ende, un consenso que podría apoyar y orientar los intercambios sociales es precisamente el del reconocimiento de las diferencias y la legitimidad de las mismas. Sin embargo, en una segunda lectura ello podría también interpretarse como un constante cuestionamiento al significado de “la normalidad” (Canguilhem 1971) que suele tomarse como referencia para privilegiar un modelo a alcanzar, de acuerdo con la manipulación genética.

Otra de las dimensiones que cuestiona este modelo de reflexión ética incluye la referencia a las responsabilidades de los investigadores respecto al silencio y discreción con las que se espera que manejen la información que obtienen en la investigación; es decir, si bien se habla de la con-

fidencialidad como uno de los compromisos básicos de quien investiga (confidencialidad pasiva), poco se elaboran criterios en términos de la devolución de la información (confidencialidad activa) (ver Figueroa 1999b). Es necesario problematizar esta noción, ya que se suele interpretar esta característica en términos muy pasivos; es decir, la lógica y la acepción más frecuentemente utilizada de la confidencialidad es en términos de que el investigador guardará en secreto la información proporcionada por el investigado. Sin embargo, confidencialidad viene de la palabra *confidente* y los *confidentes* no son personas a las que les platicamos nuestras intimidades, nuestros secretos (y si pudiéramos les compartiríamos nuestro código genético) simplemente con el acuerdo de que no se lo van a decir a nadie, sino de que ellos nos van a decir algo. Es decir, que asumen un compromiso y aceptan ser *confidentes*, porque se comprometen de alguna manera con aquello que conocen, que descubren y que el sujeto investigado, permite que le descubran. Es decir, el investigador asume un compromiso con lo que aprende y sabe del investigado (Figueroa 1998).

Regularmente no se definen criterios para socializar el conocimiento generado, el cual en buena medida fue posible obtenerlo no únicamente por la aprobación de los sujetos de investigación y por su consentimiento explícito en muchos casos, sino en primera instancia por la legitimidad social que tiene el papel del investigador. Sin embargo, dicha legitimidad está construida bajo el supuesto, (y en muchos contextos con la promesa explícita hecha por quien obtiene un grado académico y por quien obtiene permiso para investigar) de utilizar el conocimiento para servicio de la sociedad específica (Figueroa 1997).

Algo que habría que recordar -al margen de su obviedad- es que el conocimiento genera poder sobre el objeto investigado. Una de las dimensiones fascinantes de la investigación en ciencias sociales es que el objeto investigado es un sujeto; sin embargo, con ello se constata también la complejidad del proceso en el que nos involucramos quienes investigamos, ya que emerge la dimensión de la responsabilidad social sobre el proceso de generación de conocimiento con personas específicas. Es decir, existe una responsabilidad social sobre las personas, con las personas y hacia las personas. El conocimiento genera poder sobre la realidad y le permite a los seres humanos influir sobre la misma al tener un importante control sobre lo que ocurre, más que dejarlo a situaciones aleatorias. Sin embargo, en contextos como el del conocimiento genético, se genera poder sobre las personas, las cuales son parte de la sociedad que le permitió y le autorizó de alguna forma al investigador desarrollar dicho conocimiento, bajo el supuesto de que iba a servirle a la colectividad. Por ello, la noción de res-

ponsabilidades de los investigadores, desde el punto de vista ético, tiene importantes matices y consecuencias cuando se piensa en el campo de la genética (Figueroa 1999c).

Una de las formas más claras que existen de recuperar esta dimensión es la devolución de la información. Es decir, existe el compromiso de socializar el conocimiento adquirido y no atentando contra la confidencialidad, sino de alguna manera participando en el empoderamiento de la persona que permitió generar el conocimiento. Dicho en términos más sociológicos, la devolución de la información es una modalidad de compartir el poder que genera el conocimiento.

4. Una relectura de la genética a la luz de la ética

Las reflexiones anteriores buscaban ilustrar algunos de los grandes beneficios que parece ofrecer el conocimiento genético, tanto a nivel social como a nivel de individuos específicos. Ello representa tanto una posibilidad de prevenir enfermedades como de estimular un desarrollo en mejores condiciones para los seres humanos, al identificar más claramente algunas de sus potencialidades, al reparar y prevenir algunos daños y al tener un mayor control (de alguna forma) de su composición genética; es decir, no dejarla al azar o como producto de procesos aleatorios. Si el beneficio es tan grande pareciera justificarse en buena medida el investigar y generar conocimiento al respecto, cuidando simplemente de seguir los estándares éticos que se han definido a nivel internacional.

No obstante, las reflexiones anteriores mostraron que los riesgos del conocimiento genético también son muy altos, si no se tiene algún tipo de manejo y prevención de la posible discriminación que se genere a través de ello, tanto por marginar a quienes se alejan del estándar de "lo normal y deseable", como por negarle a una buena parte de la población el acceso al avance del conocimiento genético. Cuando además las posibles manipulaciones a la genética -con intereses racistas, de control y de ejercicio de poder unilateral- no pueden prevenirse totalmente, el riesgo que se presenta ya no es tan bajo e incluso a ratos es difícil de medir por la posibilidad de que se salga del control de quienes investigan. De acuerdo a ciertos principios éticos, ello dificulta la justificación para seguir generando el conocimiento en cuestión ya que el balance entre los posibles beneficios y los posibles daños se vuelve algo incierto.

Uno de los cuidados éticos sugeridos de acuerdo al primer paradigma incluido en este texto alude al consentimiento informado y para ello se

demanda acceso a las características de una intervención y a sus posibles consecuencias. En el texto se comentó que dicho consentimiento puede entrar en tensión cuando se piensa por una parte a nivel individual y por otra a nivel colectivo, en la medida en que los resultados de las investigaciones repercuten o pueden hacerlo en toda la sociedad. En ese sentido, sería necesario socializar las características del conocimiento que se ha venido generando, estimular discusiones sobre sus implicaciones a nivel individual y social, e intentar conocer con mejores elementos las posturas de diferentes grupos sociales ante las características del conocimiento genético, pero también ante el contexto de desigualdad social en el que este puede ser llevado a la práctica y ser utilizado.

El principio de justicia al que se alude en el primer paradigma y el de igualdad que se menciona en el segundo, hacen referencia a la búsqueda de un valor ético muy relevante como lo es el de la "no discriminación de las personas por alguna característica social", pero en sentidos positivos y negativos. Es decir, no ser discriminado del acceso a los beneficios del conocimiento y por otro no ser expuesto en mayor medida a daños asociados a las diferentes intervenciones sociales. Nuevamente surgen como una gran complicación, disyuntiva y dilema de la aplicación del conocimiento genético, las condiciones de múltiples desigualdades sociales dentro de las cuales se desarrolla la cotidianidad de los seres humanos. Las desigualdades de género, de clase, de etnia, de opción religiosa, de nacionalidad y de algunas otras características de salud-enfermedad que están presentes en esta problemática, pero sobre todo las concepciones dominantes de "normalidad". Este listado genera importantes incertidumbres en cuanto a lo que puede anticiparse con el uso del conocimiento en el campo de la genética.

Otro principio ético al que se alude en el segundo paradigma expuesto en este trabajo es el del cuidado de la integridad corporal la cual como se señaló puede ser vista en un doble sentido: como desarrollo de las potencialidades físicas, estimulando habilidades y previniendo enfermedades y por otra, como reconocimiento de la capacidad que tenemos los individuos para decidir qué hacer con nuestro propio cuerpo. Nuevamente la genética presenta perspectivas muy particulares en esta vertiente de reflexión ya que efectivamente puede ser un proceso para prevenir enfermedades y para estimular desarrollos fisiológicos (y no sabemos, si incluso psicológicos) en los seres humanos, pero al mismo tiempo puede ser un proceso impositivo que atente contra la autodeterminación corporal dificultando con ello el respeto a la integridad en esta vertiente.

Un elemento más que se suele discutir en la investigación genética es la cuestión de la diversidad que debe ser protegida. Ello tiene algunos cues-

tionamientos cuando parte de la diversidad es identificada como poco deseable y por ende, se asume un modelo hegemónico o dominante como parámetro a ser buscado, excluyendo "las diferencias" pero construidas con respecto a dicho modelo. En el caso del segundo paradigma ético recuperado en ese texto lo que se plantea es no únicamente la necesidad de reconocer la diversidad como algo tolerable, sino identificarla como algo disfrutable y por ende, como algo que obliga a revisar y cuestionar cuál es el modelo de normalidad que se está asumiendo. A partir de ello, se puede reconocer la legitimidad de otras "formas de ser persona" (principio básico de acuerdo al segundo paradigma), al margen de diferentes modalidades en el desarrollo fisiológico, psicológico y al final de cuentas, en la composición genética.

Reconocer la relevancia de cuidar estos principios éticos permitiría reducir los riesgos de discriminación, avanzar en el proceso de equidad, ponderar de maneras alternativas y colectivas los riesgos y los beneficios del conocimiento genético, implementar de una forma más integral el reconocimiento al consentimiento informado (a título individual, de grupos y de grandes colectividades) y por último, asegurar que la integridad corporal se convierte en uno de los principales ejes de este proceso de conocimiento y de su aplicación en la colectividad de seres humanos, ante la cual está legitimado el ser investigador y -está por legitimarse más rigurosamente- el generar este tipo de conocimiento.

Parte de los grandes conflictos de la investigación genética se derivan de la poca costumbre de compartir el conocimiento. Frecuentemente conocemos de la angustia de mucha gente que hace investigación genética, en términos de ¿qué vamos a hacer con lo que vamos a saber?. Es decir, hay una gran preocupación por la responsabilidad que va a adquirir la persona, las personas o la pequeña comunidad que va a obtener ese conocimiento. Lo que habría que intentar es discutirlo académica y socialmente: es decir, tengamos un acompañamiento corresponsable del proceso de generación de conocimiento. Un tipo de investigación que toca ámbitos tan íntimos y tan expuestos al abuso del poder como lo es la genética, lo que requiere es una comunidad de acompañamiento crítico de las diferentes interpretaciones del mismo proceso de generación de conocimiento.

Existen algunos códigos de ética desarrollados en varios países, que establecen que sólo puede hacer investigación un investigador y eso que puede parecer una obviedad, es justificado en el sentido de que solamente una persona que tiene una comunidad de acompañamiento, una comunidad que piensa con él o con ella, que discute con él, que reflexiona con él y que además comparte sus silencios y preocupaciones, puede tener la autoridad

para incursionar en esta reflexión ordenada, sistemática y crítica que es la investigación.

5. Referencias bibliográficas

- Canguilhem, G. (1971) Lo normal y lo patológico. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, Argentina.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1998) "Teoría feminista y sociología médica", en J.G. Figueroa Perea (coordinador) La condición de la mujer en el espacio de la salud, El Colegio de México, pp. 205-238.
- Correa, Sonia y Rosalind. Petchesky (1994) "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective". En G. Sen, A. Germain y L. Chen (Editors). Population Policies Reconsidered (Health, empowerment and rights). Harvard University Press. págs. 107-123.
- Cook, Rebecca (1994) "Feminism and the four principles". Principles of Health Care Ethics. Editado por R. Gillon, John Wiley and Sons Ltd. págs. 193-206.
- ____ (1995) "Human rights and reproductive self-determination, The American University Law Review. Vol. 44(4):975-1016
- Donchin, Anne y Laura Purdy (1999) Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances. Rowman & Littlefield Publishers, Inc. Boston.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo (1996) "Un apunte sobre ética y derechos reproductivos" en Salud reproductiva: nuevos desafíos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. pp. 209-218.
- ____ (1997) "Algunas posibilidades de estructurar consensos y códigos éticos en la investigación sobre sexualidad", presentado en el XIII Congreso Mundial de Sexología: Sexualidad y Derechos Humanos, celebrado en Valencia, España, del 26 al 29 de junio (mimeografiado).
- ____ (1998) "Una aproximación al discurso valorativo sobre dignidad e investigación genética", presentado en las Jornadas sobre Bioética y Biotecnología en la genética humana, organizado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y celebrado en la ciudad de México D.F. del 22 al 24 de junio (mimeografiado).
- ____ (1999a) "El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción", en Perinatología y reproducción humana, Vol. 13, No. 1, pp.32-43.
- ____ (1999b) "Algunos dilemas éticos en la investigación con seres humanos", presentado como conferencia en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. 17 de noviembre (mimeografiado).
- ____ (1999c) "Responsabilidades éticas de la investigación sobre el genoma humano", presentado en el seminario sobre El Genoma Humano organizado por el Núcleo de Estudios Interdisciplinarios sobre Salud y Derechos Humanos, del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, el 21 de enero (mimeografiado).

- _____ (en prensa) "Algunas dimensiones éticas de la investigación social sobre sexualidad", en R.Macklin, F.Luna, J.G. Figueroa y S.Ramos La reflexión ética sobre salud reproductiva en América Latina. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- _____ y Yuriria Rodríguez (2000) "Algunos elementos subyacentes a la evaluación ética de programas de salud y educación dirigidos a población adolescente", *Perspectivas bioéticas*, Buenos Aires, Argentina. Año. 5, Número 10, pp. 101-119.
- Flores, Javier (2000) "La revolución genética apenas comienza", revista *Proceso*. México, D.F. Núm. 1239, págs. 68-69.
- Gracia, Diego (1990), What constitutes a just health services system and how should scarce resources be allocated?, en S. Scholle, H. Fuenzalida, (eds.), *Bioethics. Issues and Perspectives*. Washington, D.C.:Pan American Health Organization, Scientific Publication No. 527, pp. 183-196.
- Holmes, H. and L. Purdy (1992) *Feminist perspectives in medical ethics*. Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis.
- Kilner, John F., Rebecca D. Pentz y Frank E.Young, editores (1997) *Genetic Ethics: Do the Ends justify the Genes?* Paternoster Press, Michigan
- Lamas, Marta (1998) "El debate bioético: proceso social y cambio de valores", en G. Careaga, J.G. Figueroa Perea y M.C.Mejía (compiladores) *Ética y salud reproductiva*, Editorial Porrúa y Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 119-139.
- Lista, Carlos (2001) "El debate subyacente: aborto y cosmovisiones morales" en J.G. Figueroa Perea (coordinador) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, Editorial Porrúa y Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 193-218.
- Little, Margaret (1996) "Why a Feminist Approach to Bioethics", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 6, Number 1, Pp. 1-18.
- Lewontin, R.C., Steven Rose y León Kamin (1987) *No está en los genes: racismo genética e ideología*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Editorial Crítica, en coedición con la Editorial Grijalbo, México.
- Macklin, Ruth (1990) "Ethics and human reproduction: international perspectives". *Social Problems* 37(1): 38-51.
- Martínez Bullé Goyri, Víctor <coordinador> (1998a) *Diagnóstico genético y derechos humanos*, Cuadernos del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos, UNAM, México.
- _____ (1998b) "Diagnóstico genético y su impacto en los derechos humanos", en Martínez Bullé op. cit. Pp. 163-176.
- Olivé, León (Compilador)(1993) *Ética y Diversidad Cultural*. Universidad Nacional Autónoma de México y Fondo de Cultura Económica, México.
- Pellegrino, Edmund (1999) "The Origins and Evolution of Bioethics: Some Personal Reflections", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 9, Number 1, Pp. 73-88.
- Petchesky, Rosalind (1990) "Morality and Personhood: A feminist perspective". En *Abortion and woman's choice*. Boston, pp. 330-367.

- Rotania, Alejandra Ana (1999) "Vertientes valorativas actuales frente a las nuevas tecnologías reproductivas conceptivas y genéticas" en Lucila Scavone (compiladora) Género y salud reproductiva en América Latina. Libro Universitario Regional, Costa Rica. pp. 333-368.
- Salmerón, Fernando (1998) Diversidad Cultural y Tolerancia, Paidós y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sherwin Susan (1992) "Ethics, feminine ethics, and feminist ethics", No longer Patient (Feminist Ethics and Health Care). EUA: Temple University Press.
- Sommer, Susana E. (1998) Genética, clonación y bioética: ¿cómo afecta la ciencia nuestras vidas? Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Velázquez, Antonio (1998) "El impacto del proyecto del Genoma Humano sobre el diagnóstico genético", en Martínez Bullé op. cit. Pp. 233-240.

LAS POSICIONES DEL CATOLICISMO FRENTE A LA EUTANASIA.

Asunción Álvarez del Río *

Resumen

Se revisa la posición de la religión católica ante la eutanasia con el fin de comprender su influencia al considerar la moralidad de esta práctica. Esta influencia no sólo afecta las valoraciones morales de los católicos, sino que se extiende hasta intervenir en las decisiones de diversas sociedades, de ahí que la mayor oposición, en diferentes países, a los intentos de legalizar la eutanasia, provenga de la Iglesia Católica. Puesto que en la época actual no hay una posición uniforme en la moral católica sobre la eutanasia, se examinan tres perspectivas que reflejan el panorama general: la oficial, representada por el Vaticano que condena esta práctica en todos los casos; una intermedia que acepta algunos lineamientos oficiales de la Iglesia, pero al mismo tiempo cuestiona otros y se mantiene ambivalente hacia la eutanasia; y una que se opone abiertamente al Vaticano y considera que la muerte asistida es una opción que no tiene por qué descartarse para los católicos.

Palabras clave: eutanasia – católicos- muerte digna

Abstract

The Catholic position regarding euthanasia is analyzed in order to better understand its influence when the morality of this practice is considered; it is understood that it not only affects the Catholics' moral judgements, but also societies' decisions as it is well known that the most important opposition to legalize euthanasia has been the Catholic Church. As there is no uniform position in the Catholic moral concerning euthanasia, three perspectives are examined in this article: the official represented by the Vatican that condemns this practice; another one intermediate that accepts some of the Catholic Church rules but at the same time criticizes others and remains ambivalent towards euthanasia; finally one that frankly opposes the Vatican and supports assisted-death as an option not to be excluded for the Catholics.

Key words: euthanasia – Catholics- death with dignity

* Profesora e investigadora del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
Circuito Exterior Ciudad Universitaria. CP 04510 Coyoacan, México, D.F.
E-mail: asun@internet.com.mx

I. Introducción.

Tradicionalmente, las religiones han representado una influencia muy significativa sobre las valoraciones morales de las personas y aunque ésta se vaya perdiendo en la medida en que las sociedades funcionan secularmente, las convicciones religiosas subyacen en la mentalidad de los individuos y siguen presentes en el debate ético y legal que realizan las sociedades sobre diversos temas. Puesto que las religiones ayudan a enfrentar el misterio y terror que representa la muerte y sirven de consuelo para superar la angustiosa situación de acercarse al final de la vida, quienes profesan una determinada religión no son indiferentes a lo que ésta señale con respecto a la eutanasia.

Interesados en conocer la diversidad de elementos que intervienen en el debate sobre la eutanasia, consideramos importante profundizar en la posición de la religión católica, con el propósito de comprender mejor su influencia en diversas sociedades y especialmente en aquéllas en las que constituye la creencia predominante de la poblaciónⁱ, la cual también incluye a los médicos y otros profesionales de la salud que directamente enfrentan el problema en su práctica y se ven influidos por sus creencias al considerar la moralidad de la eutanasia. Finalmente, no puede ignorarse que la mayor oposición a los intentos de legalizarla en todo el mundo, proviene de la Iglesia Católica.

Para partir de una idea clara de lo que entendemos por eutanasia, la definimos como el acto o técnica, realizada por un médico para producir la muerte sin dolor de un paciente por petición de éste. Esta práctica se basa en el pedido libre de una persona que quiere poner fin a su sufrimiento o evitar un final de vida indigno. Se puede extender esta definición al suicidio (médicamente) asistido en que la ayuda del médico se limita a proporcionar al paciente los medios para quitarse la vida.

Las raíces de la posición católica con respecto a la eutanasia se encuentran en el Antiguo Testamento, particularmente en el quinto mandamiento que prohíbe matar. Este no matarás ha sido utilizado para condenar el homicidio, el suicidio y, de manera extensiva, el aborto y la eutanasia.ⁱⁱ En los primeros años del cristianismo el homicidio fue condenado sin excep-

ⁱ En México corresponde al 87.99% según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

ⁱⁱ El mensaje revelado por la Biblia está sujeto a interpretación y ésta debe tomar en cuenta el contexto histórico de la época a la que corresponde. La prohibición de matar aparece en el pueblo judío cuando el tema de la violencia ocupa un importante lugar que se traduce muchas veces en acciones homicidas. Dios mismo se manifiesta con una imagen violenta que lo lleva a castigar con crueldad y a ordenar venganzas sin misericordia. Esta violencia se comprende en un pueblo que debe luchar para sobrevivir; pero se trata de una violencia que evoluciona paralelamente a la conciencia moral de Israel: en el Génesis se establecía: "por un cardenal mataré a un hombre", mientras que en el Éxodo se ordena que el castigo no sobrepase al delito: "ojo por ojo, diente por diente y cardenal por cardenal". La Ley del Talión representa un avance que será mayor cuando, a partir del Deuteronomio, se prohíba la venganza que ya sólo le corresponde ejercer a Dios, hasta llegar finalmente a la exhortación de amar al prójimo como a uno mismo. Véase Gafo J. La tradición católica, en Gafo J. (ed.) *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, Colección Dilemas éticos de la medicina actual-13, 2000, p. 19-24.

ción, ni siquiera se permitía por legítima defensa; sin embargo, se admitieron algunas salvedades con relación a la propia vida y se alababa la actitud de los mártires que adelantaban el momento de su muerte con acciones que corresponden al suicidio.

A partir de las primeras doctrinas cristianas se fue elaborando la moral católica en la que prevalecerá la tradición tomista que defiende el valor de la vida humana y prohíbe matar; prohibición que se refiere a la acción de dar muerte al inocente (diferente a matar a un enemigo o a alguien culpable de delito). En cuanto al suicidio, son tres los argumentos clásicos por los que la moral católica condenó esta acción: 1) porque atenta contra la inclinación natural y la caridad hacia uno mismo; 2) porque atenta contra las obligaciones que el ser humano tiene para la sociedad de la que es parte; 3) porque viola los derechos de Dios pues no le toca al hombre decidir el paso de esta vida a otra más feliz.¹

En la época actual no hay una posición uniforme sobre la eutanasia entre los católicos. Por un lado está la doctrina oficial de la Iglesia representada por el Vaticano, la cual busca ponerse al día para establecer la verdad sobre lo que Dios espera del hombre en el final de su vida y especialmente cuando éste sufre y se siente débil; se basa en la idea de que es necesario defender a la comunidad católica de una cultura a favor de la muerte. Existe también una posición intermedia que acepta los lineamientos del Vaticano al mismo tiempo que los cuestiona; la conforman teólogos, filósofos y eticistas que están comprometidos con la reflexión y difusión de la moral católica y buscan compartir un discurso racional ético con otras concepciones laicas. En el otro extremo de la posición oficial (aunque compartiendo mucho con la intermedia), están algunos teólogos que piensan que los argumentos basados en la fe, en verdades bíblicas o en revelaciones *ex cathedra*, forman parte de un discurso que tiene sentido sólo para los creyentes; sin embargo, lo radical de su postura es que consideran que la eutanasia debe ser también una opción para los creyentes.

2. La Iglesia oficial

La Iglesia ha seguido de cerca el debate de las últimas décadas en torno a la eutanasia y ha manifestado su preocupación por los movimientos sociales que la apoyan y piden su legalización. Para contrarrestar esta influencia, ha expresado en diversos documentos su postura basada en una reflexión cuidadosa sobre el tema, asesorada por especialistas para conocer con profundidad las necesidades de los enfermos terminales.

Uno de estos documentos es la *Declaración sobre la eutanasia*,² publicada en 1980 y que condena esta práctica en cualquier caso. El documento reconoce el dolor que vive un enfermo terminal y aprueba el uso de medicinas para aliviarlo, aun si éstas abrevian la vida; desaprueba el encarnizamiento terapéutico y acepta el derecho a morir con dignidad, siempre que esto no implique provocar la muerte.

La *Declaración* introduce la terminología “medios proporcionados y desproporcionados” para sustituir la de “medios ordinarios y extraordinarios” que solía utilizarse para determinar la obligatoriedad de las acciones médicas al final de la vida y que resultó inapropiada cuando los avances tecnológicos convirtieron en “ordinario” lo que antes era “extraordinario”. Ahora se define un medio como proporcionado o desproporcionado tomando en cuenta las condiciones físicas y morales del enfermo y las circunstancias que lo rodean: el grado de dificultad de la terapia, el riesgo implicado, los gastos y las posibilidades de conseguir un resultado beneficioso. Si los medios son desproporcionados, se considera lícito dejar de aplicarlos, decisión que corresponde a la *ortotanasia* que se define como la opción legítima de dejar morir en paz renunciando a tratamientos que sólo prolongarían la existencia, mientras no se interrumpan las “curas normales” que requiere el enfermo. Finalmente, se recomienda entender las solicitudes de eutanasia de los enfermos como peticiones angustiantes de ayuda que no deben tomarse como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia.

En 1995 aparece la encíclica *Evangelium Vitae*³ en la cual el Papa Juan Pablo II ratifica lo establecido en *Declaración*, pero enfatiza la necesidad de la Iglesia de defender la vida de todas las amenazas del mundo, entre las que ubica al aborto y a la eutanasia, en el mismo conjunto en que sitúa al homicidio y al genocidio. Si bien se trata de una comunicación dirigida en primera instancia a los creyentes, el Papa espera que tenga eco en los no creyentes; a los primeros los insta a revalorar la dimensión sobrenatural de la vida y entender los límites terrenales y a los segundos les pide reconocer, mediante la razón, el valor sagrado de toda vida humana.

El capítulo tercero de la encíclica se titula *No matarás. La ley santa de Dios* y dedica un apartado específico a las prácticas médicas al final de la vida con el subtítulo: “Yo doy la muerte y doy la vida” (Dt 32,39): *el drama de la eutanasia. La eutanasia y el suicidio asistido son calificados en él como graves violaciones a la ley divina porque atentan contra la prohibición de matar que proviene tanto de la ley natural como de la palabra de Dios. El Papa critica duramente que se quieran justificar como actos compasivos que buscan terminar con el dolor y el sufrimiento cuando en realidad están motivados por una piedad falsa y perversa; afirma que son síntomas alarmantes de un*

oscurecimiento de las conciencias y de una “cultura de la muerte”ⁱⁱⁱ que no sabe soportar el sufrimiento y se rige por criterios utilitaristas que desechan a quienes son considerados inútiles, débiles e improductivos. La verdadera compasión se limita a acompañar a la persona en el proceso de acercarse a su muerte y aliviar en lo posible su padecimiento.

El Papa recomienda el apoyo de los cuidados paliativos y la supresión del dolor para que los enfermos estén en condiciones de atender las obligaciones morales, familiares y espirituales en un momento tan trascendental como es el final de la vida y por ello aprueba la administración de calmantes aun cuando estos acorten la vida. Considera lícito renunciar a los medios desproporcionados como expresión de la aceptación de la condición mortal del hombre.

Si bien la encíclica plantea la importancia de partir de una definición clara de la eutanasia, usa una poco precisa: “por eutanasia en un sentido verdadero y propio se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”. No establece una diferencia por el hecho de que exista o no la petición por parte del enfermo de que se termine con su vida (simplemente se considera una violación a la ley *todavía más grave* cuando se practica a una persona que no la pidió y nunca dio su consentimiento); en segundo lugar, presenta la eutanasia como una decisión completamente trivial en tanto se justifica para eliminar “cualquier dolor”.

El contenido de la encíclica coincide con la *Declaración*, pero al enfatizar la necesidad de defender la vida de las amenazas contra ella, el Papa divide a la humanidad entre aquellos que lo siguen y pertenecen a la “cultura de la vida” y aquellos que lo desafían por pertenecer a la “cultura de la muerte”. El acierto que debe reconocérsele son sus recomendaciones para asistir al enfermo terminal de manera solidaria y fraternal, respetando su vida, su dignidad y sus valores.

Desde la publicación de la *Declaración* hasta la fecha actual se han difundido otras comunicaciones que expresan la postura oficial del Vaticano sobre la eutanasia junto con otras recomendaciones para la atención de las personas al final de su vida.^{iv} En todas ellas queda claro el interés de contraponerse a los movimientos que apoyan la legitimidad y legalización de la eutanasia. Con esta intención se había publicado en 1993 un documento que condensa la doctrina de la Iglesia sobre esta práctica y que buscaba pro-

iii Esta expresión fue acuñada en el lenguaje eclesástico por John O’ Connor, antiguo capellán militar y después cardenal de Nueva York; en la “cultura de la muerte” incluía a todos los que tenían una opinión distinta a la del Papa en cuestiones de natalidad, aborto y eutanasia. Véase Küng H. *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Editorial Trotta, 1997, p. 88.

iv Pueden consultarse en www.elvaticano.com: *La Carta de los agentes sanitarios. Una síntesis de ética hipocrática y moral cristiana* (Consejo Pontificio para la pastoral de la Salud, 1995), *Eutanasia, la Muerte Dulce* (Cardenal Dionigi Tettamanzi, 1997), *Respetar la dignidad del moribundo* (Academia Pontificia para la Vida, 2000).

mover la reflexión sobre el tema, lo mismo entre católicos que entre los ciudadanos en general, especialmente entre quienes participan de manera directa en los cambios legislativos. *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*⁴ ofrece una información general, clara y sencilla sobre el tema, siguiendo el mismo formato de una anterior dedicada al aborto; pretende dar cuenta de manera objetiva de los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, pero no deja de ser un esfuerzo destinado a evitar su legalización, objetivo más importante después de que no pudo impedirse la legalización del aborto en España.

Más recientemente, en enero de 2003 el Cardenal Joseph Ratzinger, prefecto de la *Congregación para la doctrina de la Fe publica la Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política* dirigida a los políticos católicos, con lineamientos para que intervengan en la vida social de sus países para preservar la cultura católica, lo cual implica defender la vida rechazando el aborto, la eutanasia y la investigación con embriones.⁵

3. Principios y conceptos; superaciones y excepciones

La Iglesia establece lo que está permitido y prohibido basándose en la palabra revelada por Dios, pero busca la forma de incluir sus preceptos dentro de una ética objetiva en la que una serie de principios y conceptos sirvan para justificar racionalmente la moral católica.

3.1. La santidad de la vida

Este principio está íntimamente relacionado con la idea de que Dios es el único que puede decidir el fin de la vida humana y por esta razón es central al valorar la moralidad de la eutanasia. Sin embargo, la Iglesia ha establecido excepciones en las que es legítimo terminar con la vida: 1) cuando se quita la propia vida o la de otro por inspiración divina o de forma indirecta; 2) cuando se quita la vida en defensa propia, atendiendo al orden jurídico o en caso de guerra; 3) cuando se mata al tirano no investido de legítima autoridad.⁶

3.2. Principio de doble efecto.

Este principio ha tenido gran importancia en la moral católica. Se basa en el hecho de que las acciones humanas suelen tener uno o más efectos y entre éstos pueden coexistir los positivos con los negativos. Una acción que pro-

duce más de una consecuencia se valora de acuerdo con aquella que la voluntad busca directamente; será buena si el efecto directo es positivo, aunque de manera indirecta se produzca algún efecto negativo porque la voluntad no lo busca, sino que simplemente lo tolera. Con este principio la Iglesia justifica tanto la muerte que se produce como consecuencia de proporcionar medicamentos que sirven para aliviar el dolor, como la eutanasia pasiva. Sin embargo, existen dificultades para aplicarlo ya que la complejidad de las acciones humanas muchas veces no permite distinguir entre cuál es el efecto que se busca provocar y cuál el que se tolera.⁷

3.3. Principio de totalidad.

Este principio se utiliza poco en la valoración de la eutanasia; sin embargo, interesa presentarlo porque ejemplifica la necesidad de la Iglesia de revisar y sustituir los principios que usa para sustentar racionalmente sus valoraciones morales. El principio de totalidad, establecido por Pío XII, plantea que la parte existe para el todo y el bien de la parte está subordinado al bien del todo. Se aplica, por ejemplo, para legitimar la amputación de un miembro del cuerpo que de otra forma amenazaría la integridad del organismo.

Durante la misma década en que se estableció este principio, se convirtió en un impedimento para el revolucionario tratamiento de transplante de órganos que se desarrollaba en ese tiempo. Entonces, a excepción de las córneas procedentes de cadáveres, la única posibilidad para donar un órgano era la de personas vivas que podían dar uno de sus riñones a un familiar cercano. El Papa Pío XII elogiaba la donación de córneas de cadáveres, pero prohibía la de órganos de donantes vivos porque implicaba la mutilación del propio cuerpo por el bien de otra persona. Fue necesario que diversos teólogos, con suficiente reconocimiento dentro de la comunidad católica, superaran ese obstáculo justificando teológicamente que la obligación de la caridad estaba por encima del principio de totalidad. De esta forma se permitió la donación de órganos de personas vivas cuando se tratara de uno de un par de órganos como es el caso de los riñones. La prohibición de Pío XII, señalaban los teólogos, debía entenderse en el contexto histórico en que se daba, como una protección a las personas, necesaria dados los recientes abusos de la experimentación médica nazi en la que los intereses del Estado se impusieron sobre los derechos de los individuos e ignoraron el valor de su integridad física.⁸

3.4. Medios proporcionados y desproporcionados.

La sustitución de la terminología “medios ordinarios y extraordinarios” por la de “medios proporcionados y desproporcionados” para actualizar los cri-

terios de obligatoriedad de las acciones médicas sobre el final de la vida representa un avance, pero no evita la ambigüedad cuando hay que tomar decisiones sobre lo que debe hacerse y evitarse.

Esta dificultad se manifiesta con los pacientes en estado vegetativo persistente^v y el caso de Karen Ann Quinlan, la joven de veintiún años que en 1975 quedó en este estado por haber ingerido una sobredosis de pastillas combinada con alcohol, sirve para mostrar los conflictos éticos que persisten para muchos católicos. A los tres meses del accidente de su hija, los padres de Karen (que eran católicos) pidieron a los médicos que retiraran el respirador artificial que consideraban un medio extraordinario, pero no la alimentación artificial, por ser un medio ordinario. Los padres estaban convencidos de que actuaban de acuerdo con la voluntad de Dios, pero los médicos del hospital se negaron a retirar el respirador objetando que sería un acto de homicidio, por lo que los padres solicitaron el permiso judicial. Un primer juez de New Jersey les negó el permiso argumentando que existía el deber de mantener el apoyo de vida artificial porque Karen no cumplía los criterios de muerte cerebral establecidos por el Comité de Harvard.⁹ Fue necesario acudir a la Suprema Corte de New Jersey en donde se concedió el permiso para desconectar el respirador con base al derecho constitucional a la privacidad que permite a los familiares de un paciente incompetente discontinuar apoyos de vida artificial. A todos sorprendió que al retirar el respirador artificial la joven siguiera respirando por sí sola; permaneció en coma (alimentada por tubos) hasta que murió en 1985, diez años después de sufrir el accidente.¹⁰

Para Javier Gafo, la desconexión del respirador de Quinlan era legítima, no así la interrupción de la alimentación artificial puesto que el derecho a ser alimentado es una necesidad primaria, aun si se hace con una técnica artificial pues este procedimiento se ha vuelto bastante "ordinario".¹¹ Por su parte, Peter Singer, al referirse al caso, señala la falta de acuerdo para distinguir entre medios desproporcionados y proporcionados. Se ha dicho que es éticamente aceptable retirar los primeros porque son una carga adicional para el paciente y la intención al retirar el tratamiento es liberar al paciente, más que producir la muerte (aun cuando sea previsible que esto suceda). Sin embargo, si Karen no tenía ninguna conciencia de lo que le pasaba, resulta claro que no se trataba de quitarle una carga (que no percibía), sino de provocar su muerte. Sin embargo, la corte que permitió retirar

v Se refiere a un estado en que el paciente ha perdido irreversiblemente la función de la corteza cerebral, normalmente como resultado de un traumatismo craneoencefálico. Algunos autores lo consideran equivalente a la muerte cerebral, pero otros discrepan por el hecho de que existe función del tronco cerebral. En este desacuerdo se juegan muchas consecuencias: la obligación o no de dar tratamiento para mantener la vida como es la hidratación y alimentación; la posibilidad o no de usar los órganos de estos enfermos para trasplantes y el elevado costo económico y de recursos humanos que supone la atención de estos enfermos. Véase Colomo, J. *Muerte cerebral. Biología y ética*. Pamplona, EUNSA, 1993, p. 72-96.

el tratamiento no reconoció que la decisión incluía la intención de causar la muerte (la que sorpresivamente tampoco sucedió puesto que Karen siguió respirando por sí sola).¹²

Más importante que establecer la diferencia entre medios proporcionados y desproporcionados (antes ordinarios o extraordinarios), Singer considera necesario que las decisiones para aplicar o interrumpir un apoyo de vida artificial se basen en juicios sobre la calidad de la vida de los pacientes. El uso de un respirador artificial, considerado medio extraordinario por el obispo de New Jersey que participó en el juicio de Karen, puede ser indispensable en una situación en que el paciente tenga un coma temporal y haya esperanzas razonables de recuperación, o en una condición incurable en que se necesite la respiración artificial permanente en que el enfermo esté conciente y pueda disfrutar otras actividades.¹³

3.5. Principio de administración.

Que el hombre no es dueño de su vida, sino su administrador, es un principio de la moral católica por el cual se limita el poder para disponer del cuerpo y de la existencia. Este principio impedía, junto con el principio de totalidad, la donación de órganos vivos antes de que los teólogos impusieran sobre ambos el principio de caridad.¹⁴ El principio de administración está muy ligado al principio de la santidad de la vida y, aplicado al tema de la eutanasia, establece que el hombre, aun cuando puede asumir decisiones sobre su vida, no puede tomar la última y definitiva de poner fin a su existencia.¹⁵ Este principio cumplió una función muy importante en el pasado para evitar los abusos de los poderosos hacia los débiles, cuyas vidas no valoraban; por eso se estableció que la vida era un bien del que sólo Dios podía disponer. Sin embargo, es cuestionable que se quiera mantener este principio en la actualidad porque disminuye la autonomía del hombre al no permitirle asumir las últimas decisiones sobre su vida.

4. Una posición intermedia

Dentro de la Iglesia hay un movimiento que cuestiona la posición oficial aun cuando no llega a distanciarse de ella. Sus representantes son teólogos, filósofos y eticistas que desean una bioética basada en principios cristianos en la que la fe no sustituya a la razón, sino que la ilumine. Al considerar el tema de la eutanasia, algunos de ellos coinciden con el Vaticano en la condena de esta práctica y otros parecen dispuestos a aceptarla para casos excepcionales.

Entre estos últimos se encuentra Javier Gafo, a quien ya hemos citado. Este profesor y gran impulsor de la bioética, considera que la eutanasia adquiere un sentido específico en la actualidad y debe entenderse como el acto de poner fin a la vida de una persona enferma en la que no existen esperanzas de vivir en condiciones humanas. Se aleja del Papa al establecer una distinción con el homicidio, que sería el acto de quitar la vida a una persona cualquiera, pero coincide con él al señalar que muchos enfermos piden la eutanasia porque no han recibido la ayuda que merecen. Esto se explica por una influencia cultural que impide dar un lugar a la muerte y tener una relación con los enfermos que están cerca de su fin.¹⁶

Este autor piensa que es inadecuado hacer un juicio definitivo sobre la eutanasia pues hay situaciones en que no hay criterios suficientes para determinar por qué algunas decisiones sobre la terminación de la vida son válidas y otras no; por qué se permite la eutanasia pasiva y no la activa cuando a veces son poco claras las diferencias entre las situaciones en que se aplica una u otra. Aun así, se define en contra de la eutanasia activa y, aunque acepta que puede haber solicitudes de eutanasia conscientes y responsables, sólo acepta la muerte que sobreviene como consecuencia de administrar calmantes. Está convencido de que las cosas funcionan de diferente manera para quienes creen y para quienes no creen, ya que los primeros encuentran en el mensaje del evangelio razones suficientes para no recurrir a la eutanasia y aceptar el final de la vida como un acto de obediencia y confianza en Dios.¹⁷

Por su parte, José Vico Peinado, sacerdote y profesor de ética, ofrece una interesante valoración crítica de la postura católica tradicional sobre la eutanasia, empezando por señalar que al considerar este tema, no sólo hay que tomar en cuenta la calidad de la vida, sino también la calidad de la muerte, para que el enfermo se encuentre con ella en las mejores condiciones humanas.¹⁸ Cuestiona que se juzgue la eutanasia como una acción intrínsecamente mala que sólo puede ser válida para los no creyentes pues considera que en algunas ocasiones sería éticamente correcto aplicar la eutanasia activa sin alejarse del mensaje cristiano. En algunas situaciones se da un conflicto entre el valor de la vida humana y el valor de morir dignamente; de ahí que deba revisarse la legitimidad de la eutanasia en lugar de cerrar la cuestión, pues en algunos casos excepcionales la única forma de conseguir la muerte digna es mediante la ayuda activa para morir.¹⁹

En tanto la argumentación de Vico se centra en el valor de la muerte digna, le interesa distinguir esta práctica del homicidio y del suicidio. En la eutanasia se trata de acortar un proceso de muerte ya iniciado que inevitablemente se va a dar y que atenta contra el derecho del enfermo a morir

dignamente. Esta acción no puede equiparse a quien quita la vida de un tercero en circunstancias diferentes y en contra de la voluntad del que muere; tampoco puede compararse con el acto del suicida, determinado, según este autor, por la pérdida de valores, los cuales sin duda están presentes en un enfermo que pide la eutanasia porque sobrepone el valor de la muerte digna al valor de la vida física.²⁰

Vico considera insuficiente la argumentación del Vaticano para condenar la eutanasia en cualquier caso y cuestiona la diferencia que la Iglesia establece entre la eutanasia pasiva, permitida, y la eutanasia activa, pues al aceptar la primera reconoce que la obligación de conservar la vida no es absoluta y que puede ser éticamente correcto terminar con ella. Si el fin que se busca con los dos tipos de eutanasia es el mismo (permitir la muerte digna), no parece haber un argumento ético que justifique que se permita la muerte digna sólo mediante la omisión y no mediante la acción. Frente al argumento que dice que intervenir en el proceso de muerte para acelerarla equivale a tomar en las manos del hombre lo que corresponde hacer a Dios, Vico señala que postergarla también sería intervenir en ese sentido y la medicina lo hace todo el tiempo. En cuanto al trillado argumento de la pendiente resbaladiza que dice que aceptar la eutanasia en unos casos llevaría a aplicarla de manera abusiva en otros, le parece que es un razonamiento que tiene peso psicológico, pero carece de base teórica; la ética es cuestión de conocer dónde se establecen los límites y ante acciones diferentes (la eutanasia y matar a un discapacitado) hay que mantener juicios morales diferentes.²¹

A pesar de que Vico afirma que la Iglesia debe revisar los argumentos que utiliza para condenar la eutanasia, él mismo prefiere reservar este término para situaciones en que no hay conflicto entre el mantenimiento de la vida y el valor de una muerte digna porque considera que una teoría de la moralidad no debe permitir excepciones y es mejor que la eutanasia siga siendo inaceptable, aun cuando sea comprensible desde el punto de vista subjetivo. Para esas otras situaciones de conflicto de valores, es mejor ampliar el concepto de ortotanasia y que ésta se refiera tanto a la práctica por omisión, como a la acción médica para terminar activamente con la vida de un paciente.²²

5. La eutanasia como opción para los católicos

Algunos teólogos católicos impulsan el debate sobre la eutanasia con el objeto de que sea una forma de muerte a la que puedan recurrir los creyentes, sin que tal decisión atente contra la tranquilidad de conciencia que necesitan

tan especialmente al final de su vida. Piensan que hace falta revisar la interpretación de la palabra revelada de acuerdo a la idea de un Dios que respeta la libertad del hombre y considera el amor un valor fundamental.

5.1. Un alegato por la responsabilidad

Hans Küng es teólogo y catedrático suizo, además de ser actualmente director de una fundación dedicada a la investigación intercultural e interreligiosa a favor de una ética mundial (La Fundación Ética Mundial). Siempre ha mantenido una postura crítica ante la normativa establecida por el Vaticano y no hace una excepción ante lo que éste determina sobre la eutanasia. En el libro *Morir con dignidad*, del que es coautor con Walter Jens,²³ reflexiona sobre el tema cuestionando los diferentes argumentos que ha dado la Iglesia para invalidar esta práctica. Küng se basa en la defensa de la libertad como atributo que Dios ha dado al hombre para hacerlo responsable de sus elecciones a lo largo de su vida, incluyendo en ella el acto de morir. Contrario a lo que sostiene la Iglesia, si el único medio de lograr la entrega responsable de la propia vida es la eutanasia *activa*, la libertad del hombre debe incluir esa opción.²⁴

Küng plantea su visión del morir con dignidad como la de un creyente en otra vida después de la muerte, razón por la cual morir representa llegar a la plenitud. Pero piensa que la eutanasia no tiene por qué ser una opción sólo para los no creyentes y por ello examina esta práctica, en su modalidad activa, desde la perspectiva teológica. En la Biblia no hay argumentos contra la muerte voluntaria o el suicidio; al contrario, en ella se narran con aprobación casos de suicidios como el de Sansón y el martirio es elogiado en los primeros siglos del cristianismo. No queda claro por qué la Iglesia permite la muerte voluntaria en algunos casos y la prohíbe para los enfermos que consideran que viven una vida que ha dejado de ser humanamente digna.

Una ética que quiera ser fiel a las Escrituras y a la época debe repensar su posición respecto al control de la natalidad y a la eutanasia y esforzarse por hallar una vía que reconozca la responsabilidad del hombre sin excluir la última fase de la vida humana. El control activo "artificial" de la natalidad fue condenado por muchos teólogos y obispos que hoy desaprueban la eutanasia activa; ese control es aceptado hoy por muchos de ellos (aunque no por el Papa) porque reconocen que el comienzo de la vida ha sido confiado por Dios a la responsabilidad humana, ¿por qué no lo será también su final?²⁵

Para Küng, detrás de los argumentos tradicionales de la teología, se encuentra una imagen distorsionada de Dios: un Dios creador; señor y propietario del hombre, amo absoluto, juez y verdugo. No hay nada del Dios

comprensivo, que reconoce a los débiles, cuida al hombre y, además de ser solidario con él, lo quiere como interlocutor libre y responsable, pero no necesita su sufrimiento, ni le interesa que viva el purgatorio sobre la tierra para purificarse.²⁶ Por otra parte, este teólogo señala que un debate serio y responsable sobre la eutanasia debe desechar la equivalencia entre esta práctica y el homicidio. Estar a favor de la eutanasia no significa estar a favor de matar; hay una diferencia abismal entre la primera que es autodeterminación y expresa el deseo de la persona afectada de una muerte digna y el homicidio que es una agresión a una vida ajena considerada sin valor y resulta en la muerte impuesta desde el exterior.²⁷ Pero Küng sólo defiende el derecho del hombre a disponer sobre el final de su vida en el caso del enfermo muy grave; no en alguien sano física y psíquicamente, agobiado por la vida debido a una crisis amorosa, económica o profesional; una muerte por esas circunstancias sería irresponsable y moralmente reprobable para un cristiano.²⁸ Además, el pedido de eutanasia de un enfermo grave se plantea sólo después de agotado el tratamiento paliativo, el cual ha alcanzado progresos muy importantes pero no evita que existan personas para quienes sean insoportables los últimos días de vida. Que otras personas en las mismas condiciones quieran seguir viviendo, no invalida el pedido libre de ellos para morir y no es justo afirmar que la demanda de eutanasia siempre debe entenderse como un pedido de ayuda encubierto. Muchos enfermos han meditado lo suficiente antes de solicitar la eutanasia de manera libre y responsable y merecen que su deseo sea tomado seriamente como auténtico.²⁹

Si bien Küng admite los riesgos que se derivarían de permitir legalmente la aplicación de la eutanasia, considera que éstos no son argumentos para justificar su prohibición. Si el hombre tiene el derecho de decidir sobre el final de su vida, el Estado debe respaldarlo y asegurar que existan leyes claras para garantizar la aplicación de eutanasia sin que se den abusos en su nombre. Así se disiparán los miedos de muchas personas y se evitarán los conflictos de conciencia de muchos médicos.³⁰ El hombre tiene una responsabilidad que ni el Estado, ni la Iglesia, ni el médico, ni el teólogo pueden arrebatarse; Küng cuestiona severamente al Papa Juan Pablo II por creerse autorizado a apelar a la autoridad divina para privar a los creyentes de su libertad de conciencia al decidir cuestiones tan íntimas de la vida humana.³¹

5.2. Los derechos de los vivos al final de su vida

Jacques Pohier es un teólogo francés comprometido desde 1973 con la defensa del derecho de los católicos de recibir ayuda activa para morir. Mostrar las contradicciones teológicas de la Iglesia sobre el tema le valió la

condena del Vaticano, pero no le impidió continuar una reflexión personal enriquecida por una experiencia de once años en la *Asociación por el derecho a morir con dignidad (ADMD)*. En su libro *La muerte oportuna* habla de los cambios de la forma de morir en la historia y de la nueva etapa de vida que ha surgido con la capacidad médica de prolongar el tiempo que antecede a la muerte; la que viven los ancianos y enfermos con padecimientos incurables, quienes deben vivirla ejerciendo su voluntad, la cual podría incluir la decisión de acelerar su muerte.³²

Como parte de su argumentación a favor de una legalización de la muerte voluntaria, Pohier revisa el sentido que ha tenido el dolor en la sociedad en general y en el cristianismo en particular. Dado que por muchos siglos se podía hacer muy poco para evitarlo, fue necesario darle un sentido para soportarlo. La idea de encontrar un culpable ha funcionado en el catolicismo que añadió la creencia de que el dolor es consecuencia del mal, cuyo responsable es el hombre, razón por la cual éste debe soportarlo a modo de purificación, contando con el consuelo de que si el dolor no desaparece en esta vida, lo hará en la otra. La cuestión es que en la época actual se puede hacer muchísimo por evitarlo y no es necesario buscarle sentido; desde 1957, Pío XII dijo que había que utilizar los medios disponibles para aliviar el dolor aunque ello implicara adelantar la muerte.

Pohier piensa que las cosas deben decirse hoy tal como son: el dolor degrada al hombre y a la sociedad que lo tolera y debe superarse la inercia con la que se descuida, con mucha frecuencia, el sufrimiento de los enfermos. La atención del dolor debe convertirse en un objetivo prioritario y deben desarrollarse al máximo los cuidados paliativos, pero estos sólo son una parte de la solución a los problemas que se enfrentan al final de la vida. El objetivo principal debe ser que las personas puedan *reapropiarse* de su muerte de manera que cada uno sea el *sujeto* de ella y sea quien decida qué tratamiento acepta o rechaza y qué quiere para el final de su vida.³³

Es muy significativa la parte del libro donde Pohier relata su ayuda en cinco muertes voluntarias. Comparte esta experiencia convencido de que la teoría sobre la eutanasia no puede separarse de la práctica y de que el conocimiento que tiene de la muerte asistida se apoya también en lo que vivió. Al reflexionar sobre esta experiencia, se siente tranquilo de haber actuado correctamente y manifiesta un gran respeto, afecto y gratitud por esas personas. Comenta que les dio la ayuda que podía al no ser médico y no tener acceso a medicamentos ni el conocimiento para aplicar la eutanasia. Él se limitó a acompañar, aconsejar y asegurar en lo posible la muerte esperada, pero lamenta que, por no correr riesgos, no pudo ayudar a conseguir los medicamentos necesarios, tuvo que abandonar a las personas

después de su muerte y no pudo ocuparse de su cuerpo en los casos en que esto hubiera sido conveniente.³⁴

Según Pohier, se ha medicalizado demasiado la eutanasia y de esa forma se ha olvidado que es un problema de la sociedad y no de la medicina; es necesario que la legislación proteja el derecho del hombre a ejercer su libertad al final de la vida, pero también que la religión no lo obstaculice. Afirma que aun cuando es bien sabida la posición del Papa y el apoyo que recibe de todos los obispos, se ignora que cada vez son más los católicos que deciden no seguir esa posición. Pohier conoce sacerdotes católicos en Holanda que participan en la eutanasia voluntaria y médicos holandeses que practican la eutanasia en hospitales católicos; hay muchos teólogos que se ven obligados a romper con la Iglesia o a tener una actuación discreta.³⁵ Según las encuestas, en Francia muchos católicos practicantes tienen opiniones contrarias al Vaticano y una mayoría está a favor de la despenalización de la eutanasia.^{vi} Sucede algo similar en lo concerniente a la contracepción, el aborto, el divorcio o la vida en pareja fuera del matrimonio. La Iglesia explica estas diferencias como desobediencia o falta de fe, pero en realidad es una prueba de que su jerarquía no escucha a sus fieles.³⁶

Dentro de los argumentos de la Iglesia contra la eutanasia, Pohier ve una de las contradicciones más significativa en la diferente perspectiva que utiliza al juzgar la eutanasia activa y la pasiva. Al valorar la primera, localiza la relación principal entre el agente de la eutanasia y el acto de la eutanasia; toma como sujeto de la acción al agente que realiza el acto de eutanasia, el médico, sin tomar en cuenta que hay otro sujeto que es la persona que la decide y la pide, el enfermo; la eutanasia se considera homicidio y se condena. En cambio, al valorar la eutanasia pasiva, la Iglesia localiza la relación principal entre la persona que demanda la eutanasia para sí misma y el acto de la eutanasia. Toma entonces como sujeto de la acción (o decisión) a la persona que pide la eutanasia, el enfermo, sin tomar en cuenta al agente que realiza la acción (suspender un tratamiento) o asume la omisión, el médico; la eutanasia se considera ortotanasia y se aprueba.³⁷

Otro argumento cuestionado por este teólogo es el que se utiliza al condenar la eutanasia por atentar contra el regalo de la vida que nos da Dios. Según el razonamiento de la Iglesia, parecería que Dios, al mismo tiempo que da al hombre el don de la vida, como expresión de su gran amor, le dijera: "te doy este regalo excepcional que es la vida, pero en rea-

vi A la pregunta: "¿Debería la ley despenalizar la ayuda activa a una muerte voluntaria?", el 63% de católicos practicantes regulares respondieron que sí en 1987 y 70% en 1997; 24% que no en 1987 y 18% en 1997; 13% no opinaron en 1987 y 12% en 1997. Véase Pohier, J. *La mort opportune*. Paris, Editions du Seuil, 1998, p.334.

lidad no es tuyo, sigue siendo mío." Pohier critica esta concepción antropomórfica de Dios pues puede ser que el hombre regale de esa manera, guardándose para sí una parte, pero no hay por qué proyectar sus defectos a quien es perfecto y da sin condiciones ni reservas.³⁸

Para ser coherente con una visión que ante todo defiende el derecho de los hombres a ejercer su libertad, Pohier aclara que la eutanasia y el suicidio asistido no son actos moralmente neutros. En algunos casos serán actos justos y en otros no y así debería reconocerlo la Iglesia. Si la muerte es una etapa natural de la vida, el hombre debe asumirla con libertad como todas las demás; si la idea de Dios es de perfección y amor, como lo suponen muchos católicos, se entiende mejor que prefiera tener con el hombre una relación de alianza con todos los riesgos y beneficios que eso implica.³⁹

6. Conclusión

Como puede verse, no existe una moral católica uniforme ante el problema de la eutanasia. Aun cuando sea reconocida como la posición oficial, ésta es cuestionada por quienes consideran que la autonomía del individuo debe ser reconocida por la Iglesia en el final de su vida. Si bien el Papa se opone de manera categórica a la eutanasia, hay quienes la aceptan en casos excepcionales y quienes la defienden como una opción para todos los católicos.

Es muy pertinente que el Vaticano llame la atención sobre el deber de la sociedad para acompañar y atender las necesidades de los enfermos al final de la vida; pero son igualmente acertados los análisis de quienes rebaten los argumentos de la Iglesia al condenar la eutanasia activa en todos los casos. Si a lo largo de la historia la Iglesia ha interpretado la palabra revelada y ha hecho cambios y excepciones al aplicar sus principios, no queda claro qué le impide revisar sus argumentos frente a la eutanasia activa para legitimar esta opción. La Iglesia podría determinar que la libertad y la dignidad al final de la vida pueden estar, en algunas situaciones, por encima del principio de la santidad de la vida. Pretender que este principio se considere absoluto es insostenible cuando ella misma ha establecido excepciones para seguirlo.

Quizás la Iglesia justifica limitar la libertad de los hombres prohibiendo que pueda usarse para decidir activamente la terminación de su vida por el bien de otros que no desearían tomar la misma decisión. Tal parece que no se tolera la diversidad de opciones y se considera preferible prohibir a todos la opción de la eutanasia, aun cuando sólo unos cuantos estarían dispuestos a seguirla y para ello se recurre a argumentos que realmente no parecen resistir la refutación.

La posición de la Iglesia en el debate sobre la eutanasia es un asunto que interesa principalmente a los católicos, pero también a los no católicos. Interesa a los primeros, quienes representan un gran número de personas, pero también a los segundos por el importante papel que ha jugado la Iglesia como principal opositor a todo movimiento social y legal en favor de la eutanasia. Si bien en nuestro país no reconocemos todavía un movimiento de este tipo, sabemos que la influencia de la Iglesia se hará inmediatamente patente y de hecho está presente en la mentalidad colectiva que la identifica como un freno importante ante cualquier iniciativa en ese sentido.

En cierta forma, el debate sobre la eutanasia se puede resumir por una polaridad de opiniones en la que de un lado están quienes la consideran un progreso y del otro los que aseguran que representa un retroceso. Al revisar las diversas posiciones de la moral católica vemos que tienen razón quienes defienden la opción de la eutanasia como un derecho que deben ganar los hombres en tanto seres esencialmente libres. Sin embargo, también tienen razón quienes afirman que sería un grave error; y en ese sentido un retroceso, pretender solucionar con ella todos las carencias que existen en la atención de los enfermos y ancianos al final de su vida. Pero en este punto, los grandes oponentes, sin duda, coinciden con defensores tan importantes como Hans Küng y Jacques Pohier:

1 Gafo, J. (ed.) *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, Colección Dilemas éticos de la medicina actual-13, 2000, p. 27-31.

2 Publicada en la *Congregación para la Doctrina de la Fe* en mayo de 1980 para expresar la toma de postura de la Iglesia Católica. Véase Gafo, J. Op. Cit. p. 40-42.

3 *Evangelium vitae*. Carta sobre la defensa de la vida, 25 de marzo de 1995. Véase Biblioteca electrónica cristiana (www.multimedios.org/docs/d000466/)

4 Conferencia Episcopal Española, *La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*. Madrid, Ediciones paulinas, 1993.

Véase Agencia Informática Católica Argentina (www.aica.org/aica/a_marcos/mar_documentos.htm).

5 Gafo, J. Op. Cit. p.32.

Ibid. p.33.

6 Shannon, T. The Kindness of Strangers: Organ Transplantation in a Capitalist Age, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2001;11(3):285-303.

7 Colomo, J. *Muerte cerebral. Biología y ética*. Pamplona, EUNSA, 1993, p. 70-80.

8 Kastenbaum, R., Kastenbaum, B. *Encyclopedia of Death*. New York, Avon Books, 1993 p. 115 y Humphry, D., Wickett, A. *The Right to Die*. Oregon, Helmock Society, 1990, p. 107-108.

9 Gafo, J., Vidal, M., Gil, E., Urraca, S., Higuera, G., Fernández Martos, J.M., Pilón, J.M., Ruíz, G., Tornos A. *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1984, p.133-134.

10 Singer P. *Rethinking Life and death. The Collapse of our Traditional Ethics*. New York: St. Martin's Griffin, 1996, p. 71-72.

- 11 *Idem.* p. 72.
- 12 Shannon T. Op. Cit.
- 13 Gafo J, et al 1984. Op. Cit. p. 137.
- 14 *Idem.* p. 126.
- 15 *Idem.* p. 137.
- 16 Vico, J. *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica.* Madrid, San Pablo, 1995.
- 17 *Idem.* p. 271-278.
- 18 *Idem.* p. 280-282.
- 19 *Idem.* p. 283-299.
- 20 *Idem.* p. 304-305
- 21 Küng, H., Jens, W. *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad,* Madrid, Editorial Trotta, 1997.
- 22 *Idem.*, p.94
- 23 *Idem.* p. 44-47.
- 24 *Idem.* p. 40-43.
- 25 *Idem.* p.81.
- 26 *Idem.* p. 37.
- 27 *Idem.* p. 93.
- 28 *Idem.* p. 49-50.
- 29 *Idem.*, p. 89.
- 30 Pohier, J. *La mort opportune.* Paris, Editions du Seuil, 1998.
- 31 *Idem.* p. 90-109.
- 32 *Idem.*
- 33 *Idem.* p.334.
- 34 *Idem.* p. 334-337.
- 35 *Idem.* p. 338-339.
- 36 *Idem.* p. 342-347.
- 37 *Idem.* p. 348-349.

Temas
y actualidades
legales

MILITARES Y VIH/SIDA EN MEXICO

Sentencia de 21 de abril de 2004, pronunciada por el Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, al resolver el expediente R.A. 779/2003.* (A)

Introducción.

La sentencia que se transcribe parcialmente resuelve en definitiva el juicio de amparo 536/99, promovido ante el Juzgado Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, en donde entre otros actos de autoridad, se reclamó la declaración definitiva de retiro del activo de un militar por una pretendida inutilidad (por estar infectado con el VIH), emitida por autoridades de la Secretaría de la Defensa Nacional, así como las consecuencias de tal acto, entre las que se encontraban el hecho de que se le impidiera al militar afectado seguir prestando sus servicios a las fuerzas armadas, que se le dejaran de pagar los haberes a que tenía derecho, en su carácter de militar, y que se dejara de proporcionar al militar, a su esposa y a su menor hijo, el servicio médico y los medicamentos que requerían por estar infectados con el VIH.

Sentencia.

México, Distrito Federal.- Acuerdo del Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, correspondiente a la sesión del día veintiuno de abril del dos mil cuatro.

VISTOS Y, RESULTANDO:

PRIMERO.- [...]

SEGUNDO.- [...]

TERCERO.- [...]

CUARTO.- [...]

CONSIDERANDO:

PRIMERO.- [...]

SEGUNDO.- [...]

TERCERO.- [...]

* Edición, selección de los textos transcritos y comentarios de Pedro Isabel Morales Aché.

(A) El Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito está integrado por los Magistrados Hilario Bárcenas Chávez, Jesús Antonio Nazar Sevilla y Jean Claude Tron Petit. La Secretaria proyectista fue la Lic. Mariza Arellano Pompa.

CUARTO.- De lo anterior se advierte que los recurrentes proponen dos agravios: En el primero aducen substancialmente que la sentencia que se recurre es violatoria de los artículos 73, fracción V, 74, fracción III, y 192 de la Ley de Amparo, por la falta de aplicación del artículo 4º, párrafo tercero de la Constitución Federal, así como la falta de aplicación de los artículos 19, último párrafo, 22, fracción IV, 33, 34, fracción I, 152, 154 y 155 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y el artículo 222 del Código Federal de Procedimientos Civiles.

Todo ello en virtud de que la Juez sobreseyó⁽¹⁾ considerando que carecen de interés jurídico los quejosos RLPF y JIGP⁽²⁾, para promover el juicio de garantías.

En el segundo agravio se aduce que la sentencia resulta contraria a lo que establecen los artículos 77 y 78 de la Ley de Amparo y del artículo 222 del Código Federal de Procedimientos Civiles, por la inexacta aplicación del artículo 197 de la Ley del Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas Mexicanas y la falta de análisis de los argumentos de inconstitucionalidad del artículo 183 de la Ley en cita.

Es fundado el primero de los argumentos expuestos.

A tal conclusión se arriba, toda vez que contrario a lo que sostiene la a quo⁽³⁾ estos quejosos sí cuentan con dicho interés jurídico en su carácter de derechohabientes del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas en relación a la titularidad de IGS,⁽⁴⁾ conforme a los artículos 152 y 155 de la ley que los reglamenta, 123 constitucional que para hacer efectivo ese derecho establece los diversos regímenes de seguridad social e incluye en su fracción XIII, a los militares, marinos y personal de servicio exterior; artículos relacionados con el derecho a la protección de la salud, garantía constitucional que se encuentra consagrada en el artículo 4º de nuestra Carta Magna y, al ser titulares de este derecho subjetivo, no pueden ser privados del mismo como consecuencia de la existencia de un acto inconstitucional. Derivándose la legitimación y el interés jurídico de manera directa de la disposición constitucional, no obstante y con independencia que la Secretaría de la Defensa Nacional y los quejosos señalados no tengan una relación jurídica directa.

Resulta fundado, como antes se anunció, el agravio hecho valer por los recurrentes, en relación al sobreseimiento que decretó la Juez a quo, al considerar que no tienen interés jurídico los quejosos RLPF y JIGP para acudir al juicio de garantías, ya que la Constitución en su artículo 4º consagra el Derecho a la Salud como derecho fundamental *erga omnes*,⁽⁵⁾ tanto en un aspecto o vertiente sustantiva como en su protección y, tan es así, que la Constitución la eleva y le reconoce el carácter de

(1) Sobreseer significa que se actualiza una causa de improcedencia del juicio de amparo, que impide al juzgador analizar la constitucionalidad de los actos reclamados.

(2) Con el fin de salvaguardar la confidencialidad de los quejosos, únicamente se utilizan las iniciales de sus nombres. RLPF es la esposa del militar y JIGP es el menor hijo de ambos.

(3) a quo significa juez inferior o el juez que primeramente tuvo conocimiento del asunto.

(4) IGS es el militar con VIH.

(5) Adverbio que significa hacia todos, para todos, contra todos.

garantía constitucional la que se afecta, evidentemente, con el acto de autoridad que priva de este derecho a los ahora recurrentes, partiendo de la base que, como familiares de un miembro de las fuerzas armadas, les corresponda la prestación que contempla la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas en su artículo 16, fracciones XXI y XXII, consistentes en la prestación de servicio médico integral y el servicio médico subrogado, así como de farmacias económicas, tomando en cuenta que el artículo 18 del mismo ordenamiento establece que:

“El Instituto expedirá a los demás beneficiarios de esta Ley una cédula de identificación a fin de que puedan ejercitar los derechos que legalmente les corresponda. En caso de que el beneficiario carezca de esa cédula se proporcionará el servicio médico quirúrgico mediante la exhibición de una constancia provisional que expedirá el Instituto o las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, en su caso, con la sola comprobación de la relación familiar, sin perjuicio de atender de inmediato los casos de extrema urgencia, a reserva de probar posteriormente el derecho que les asiste”

De la lectura del artículo transcrito se desprende que el servicio médico se otorga a quienes acrediten o comprueben tener una relación familiar con el beneficiario del servicio médico de las citadas instituciones, creándose una relación de legitimación con los derechohabientes. Así las cosas si los ahora recurrentes cuentan con las cédulas de identificación expedidas por el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas [...] resulta evidente que pueden ejercer su derecho a los beneficios y prestaciones que la ley respectiva otorga.⁽⁶⁾

En esa tesitura, es evidente que el acto de autoridad que ordena la cesación del servicio médico de un derechohabiente ante el mencionado organismo, a través de un acto unilateral que extingue una situación jurídica que afecta la esfera legal de los quejosos, al negarle el acceso a los servicios de seguridad social y de salud proporcionados en las unidades médicas que conforman el sistema institucional de servicios a la salud, constituyen una violación en forma directa concreta y específica hacia sus personas, causando un perjuicio a su esfera jurídica, acreditándose así el interés jurídico por el desconocimiento del derecho subjetivo reclamado como violentado.

(6) En supuestos similares, el Décimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa y el Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa, ambos del Primer Circuito, al resolver los recursos de revisión RA 183/2003 y RA 802/2003, respectivamente, decidieron que los familiares de los militares dados de baja por estar infectados con el VIH carecen de interés jurídico para reclamar en juicio de amparo la baja del militar y las consecuencias que derivan de la misma, por lo que está en proceso de elaboración la correspondiente denuncia de contradicción de tesis, que será promovida ante la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Sirve de apoyo a lo anterior la tesis jurisprudencial⁽⁷⁾ consultable en el Semanario Judicial de la Federación, Octava Época, Tribunales Colegiados de Circuito, Tomo VIII, diciembre de 1991, Tesis VI.3º, J/26, Página 117 que a la letra dice:

“INTERES JURIDICO EN EL AMPARO. SU CONCEPTO. [Se transcribe]

Así como la siguiente tesis,⁽⁸⁾ emitida por la Sala Auxiliar, de la Séptima Época, Semanario Judicial de la Federación, Tomo 72, Séptima Parte, página 55, cuyo texto es el siguiente:

“INTERES JURIDICO EN EL AMPARO, QUE DEBE ENTENDERSE POR PERJUICIO PARA LOS EFECTOS DEL. [Se transcribe]

Además, debe atenderse a que el derecho a la salud es la titularidad *erga omnes y omnium*,⁽⁹⁾ que se otorga a toda persona como derecho fundamental, como expectativas vitales (a diferencia de los derechos subjetivos de carácter patrimonial y privado que surgen de una relación entre particulares específicos y determinados) y cualquiera que se vea afectado por la inacción del Estado o por actos ilegales o irregulares de éste, bajo un concepto de igualdad de los derechos apoyados en especificar y concretar obligaciones y deberes consignados en las normas de acción que derivan tanto de la Constitución, como de tratados internacionales o de leyes que particularizan y concretan tales obligaciones deberes o prohibiciones, está habilitado y con interés para reclamar las violaciones que se den en su perjuicio, inclusive por falla en los servicios⁽¹⁰⁾ y, como ya quedó dicho, en el presente asunto, se encuentra acreditado además de un derecho subjetivo a la salud, el interés legítimo de los quejosos que consiste en el respeto a la titularidad como derechohabientes, derecho que se ve afectado por un acto que vulnera y niega la prestación de un servicio como es el dejar de recibir el servicio médico fue en razón del retiro forzoso de IGS.

Lo anterior encuentra sustento en el contenido de las siguientes tesis, aplicadas por analogía, mayoría de razón y en lo conducente, sustentadas por este Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, con número I.4o.A.357, de la Novena Época, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XVI, Agosto de 2002, página 1309, que es del siguiente tenor:

(7) Tratándose del juicio de amparo, una tesis jurisprudencial es un criterio obligatorio para los tribunales inferiores, y se integra por cinco ejecutorias resueltas en el mismo sentido, sin otra en contrario, por parte del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de alguna de las Salas que conforman la Suprema Corte de Justicia de la Nación o por un Tribunal Colegiado de Circuito. El Pleno y las Salas de la Suprema Corte de Justicia de la Nación también pueden integrar jurisprudencia al resolver la contradicción de criterios existente entre dos o más Tribunales Colegiados de Circuito, en cuyo caso es suficiente que resuelvan un caso concreto (esto es, no es necesaria la reiteración del criterio sustentado).

(8) Una tesis es un criterio aislado, que no constituye jurisprudencia y por tanto, no es de aplicación obligatoria, pero puede ser invocado como precedente.

(9) *Omnium* significa todos, por lo que en la sentencia se considera que el derecho a la salud opera frente a todos y a favor de todos (cualquier persona).

(10) Se trata de una de las caracterizaciones más amplias y favorables que han realizado los tribunales mexicanos respecto al derecho a la protección de la salud.

"INTERES LEGITIMO. CONCEPTO. [Se transcribe]

Así como en lo conducente la tesis I.4o.A.356 A, de la Novena Epoca, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XVI, Agosto de 2002, página 1310, que dice:

"INTERES LEGITIMO. SU CONEXION CON LAS NORMAS DE ACCION. [Se transcribe]

En conclusión el derecho a la salud resulta ser de cuestión preferente en nuestra Constitución y en otros ordenamientos legales, y estas disposiciones generales y abstractas son perfectamente aplicables a los tres quejosos, pues los tres están plenamente legitimados para acudir el juicio de amparo con el fin de que se les respete la garantía constitucional del derecho a la salud, por lo tanto, la asistencia médica y el otorgarles medicamento en su calidad de derechohabientes los coloca en los supuestos de procedencia del amparo.

Así las cosas, y toda vez que se debe tener presente lo reclamado por los quejosos como el derecho a la salud que les asiste, consagrado en nuestra Carta Magna como una garantía individual, derecho que se encuentra confirmado en la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, en lo concerniente a los derechohabientes, es evidente que es un derecho subjetivo que está siendo violado en perjuicio directo de la esposa y del hijo del recurrente; por lo tanto, procede revocar el sobreseimiento decretado por la Juez de Distrito.

A mayor abundamiento cabe señalar que el derecho a la salud, que como garantía individual consagra el artículo 4º constitucional, está desarrollado⁽¹¹⁾ (en cuanto a sus prerrogativas y a los deberes de la contraparte obligada) en diversos ordenamientos federales e internacionales, como son tratándose de leyes federales, la *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, *Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación* y la *Ley General de Salud*, y por lo que se refiere a la normatividad en materia internacional, tenemos que el derecho a la salud está plasmado como un derecho fundamental en el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, "*Protocolo de San Salvador*", en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, abierto a firma en la Ciudad de Nueva York, E.U.A. y en la *Convención sobre los derechos del niño*, ordenamientos a los que se hará referencia concreta en la contestación al segundo de los agravios expuestos.

Esto es, se reitera, lo que procede es revocar el sobreseimiento decretado por el juez de Distrito respecto a RLPF y JIGP, porque no se ubican en los supuestos de la causal de improcedencia contenida en el artículo 73, fracción V, de la Ley de Amparo, como se acreditó de los anteriores ordenamientos transcritos, que resultan aplicables de acuerdo a lo que establece el artículo 133 de la Constitución y además porque México no sólo ha formado parte en ellos, sino que los ha publi-

(11) De manera implícita, en la sentencia se asume el criterio de que básicamente el derecho a la protección a la salud es un derecho de desarrollo legislativo.

cado y ratificado y contribuyen una reglamentación o desarrollo de los derechos fundamentales de entidad constitucional, atento a lo cual, por razones de su naturaleza les corresponde análogo valor y jerarquía en el orden jurídico nacional.⁽¹²⁾

QUINTO.- Previamente al análisis de lo propuesto resulta oportuno señalar que la procedencia del estudio del presente agravio resulta justificado porque no obstante que al quejoso IGS en el juicio de garantías se le concedió el amparo, éste fue sólo respecto a la falta de fundamentación y motivación de los oficios⁽¹³⁾ que se citan a continuación:

“[...]”

En este orden de ideas, resulta procedente el análisis del aspecto de inconstitucionalidad planteado, porque de resultar fundado lo propuesto, los beneficios que obtuvieran los quejosos serían mayores que el obtenido por IGS, esto de acuerdo al contenido de la tesis 2a. CCXXIII/2001, sustentada por la Segunda Sala de nuestro máximo tribunal de garantías, publicada en el Semanario Judicial de la Federación, Tomo XIV, diciembre de 2001, página 363, cuyo contenido es el siguiente:

“AMPARO CONTRA LEYES. CUANDO SE CONCEDE LA PROTECCION FEDERAL RESPECTO DEL ACTO DE APLICACION, PERO NO EN RELACION CON LA LEY IMPUGNADA, EL QUEJOSO CONSERVA SU INTERES JURIDICO PARA RECLAMAR EN LA REVISION QUE SE DECLARE SU INCONSTITUCIONALIDAD, PUES AL ABORDARSE EL ESTUDIO CORRESPONDIENTE PODRIA OBTENER MAYORES BENEFICIOS. [Se transcribe]

SEXTO.- Al respecto, resulta importante destacar que el aspecto de inconstitucionalidad reclamado en relación al artículo 183 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ya se pronunció en la tesis P. CXLVI/2000, publicada en el Semanario Judicial de la Federación, Tomo XII, septiembre de 2000, Novena Epoca, página 43, bajo el siguiente rubro:

“SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS. EL ARTICULO 183 DE LA LEY DEL INSTITUTO RELATIVA, AL ESTABLECER QUE LA INUTILIZACION PARA EL SERVICIO POR CAUSAS EXTRAÑAS A EL, SE ACREDITARA CON LOS CERTIFICADOS MEDICOS EXPEDIDOS POR LOS MEDICOS MILITARES DESIGNADOS POR LAS SECRETARIAS DE LA DEFENSA NACIONAL O DE MARINA, NO TRANSGREDE LA GARANTIA DE AUDIENCIA. [Se transcribe]

(12) De manera inédita en el foro nacional, en la sentencia se determina otorgarle el mismo nivel jerárquico (derechos fundamentales) a los derechos contenidos en los tratados internacionales, que aquél que corresponde a los contenidos en la Constitución Federal.

(13) Se refiere a los oficios mediante los cuales se decretó la baja de las fuerzas armadas del militar, por estar infectado con el VIH.

En este aspecto procede confirmar la negativa de amparo realizada por el juez federal, ya que en términos de lo dispuesto en el artículo 192 de la Ley de Amparo, este Tribunal adopta el criterio de la superioridad.

SEPTIMO.- Previo al estudio del segundo de los agravios planteados, resulta importante destacar, que si bien es cierto, mediante diversos oficios las autoridades de la Secretaría de la Defensa Nacional propusieron a este Tribunal decretar el sobreseimiento por cesación de efectos del acto reclamado,⁽¹⁴⁾ para lo cual acompañaron diversas copias certificadas y algunas de ellas las exhibieron ante el Juzgado Tercero de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, recibidas en la Oficialía de Correspondencia de este Tribunal el trece de febrero del dos mil cuatro, en las que señalaron:

“[...]”⁽¹⁵⁾

Las anteriores probanzas este Tribunal las tiene por admitidas de acuerdo con la tesis 1a./J. 40/2002, de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el tomo XVI, Semanario Judicial de la Federación, septiembre de 2002, Novena Epoca, página 126, bajo el siguiente rubro:

“IMPROCEDENCIA. LAS PRUEBAS QUE ACREDITAN LA ACTUALIZACION DE ALGUNA CAUSAL, PUEDEN ADMITIRSE EN EL JUICIO DE AMPARO DIRECTO O EN REVISION, SALVO QUE EN LA PRIMERA INSTANCIA SE HAYA EMITIDO PRONUNCIAMIENTO AL RESPECTO Y NO SE HUBIESE COMBATIDO. [Se transcribe]

Pero, no obstante que las causales de improcedencia son de estudio previo, ésta al encontrarse relacionada con el fondo del asunto, se desvirtúa con apoyo en el contenido de la tesis jurisprudencial P/J. 135/2001, del Pleno de nuestro máximo tribunal de garantías, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su gaceta, tomo XV, enero de 2002, Novena Epoca, página 5, cuyo contenido es el siguiente:

“IMPROCEDENCIA DEL JUICIO DE AMPARO. SI SE HACE VALER UNA CAUSAL QUE INVOLUCRA EL ESTUDIO DE FONDO DEL ASUNTO, DEBERA DESESTIMARSE. [Se transcribe]

Además, porque del contenido de las probanzas lo que se advierte es que a IGS se le reinició procedimiento administrativo de baja del activo y alta en situación de retiro militar; se pagaron haberes y que continúa recibiendo atención médi-

(14) La cesación de efectos es una causa de improcedencia del juicio de amparo, que se actualiza cuando habiendo existido el acto reclamado, posteriormente deja de producir efectos jurídicos.

(15) Se hace referencia y se transcriben diversos oficios y comunicaciones de las autoridades de la Secretaría de la Defensa Nacional, mediante los cuales se hizo del conocimiento del Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito que por Acuerdo del Secretario de la Defensa Nacional de 11 de diciembre de 2003, se había ordenado dejar insubsistente (revocar) la declaración definitiva de baja del militar; por estar infectado con el VIH. Sin embargo, en el propio Acuerdo se ordenaba reiniciar el trámite de retiro, en los términos de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, que entró en vigor el 8 de agosto de 2003, que expresamente prevé como causa de baja de las fuerzas armadas la seropositividad al VIH, a diferencia de la anterior ley, que no establecía que ello fuere causa de baja.

ca como militar en activo, pero no está plenamente acreditado que el acto reclamado se encuentre totalmente revocado o destruido en forma incondicional, habida cuenta que de las transcripciones realizadas resultan algunas contradictorias porque remiten al inicio de un procedimiento cuyas consecuencias son susceptibles de incidir en el disfrute y titularidad las prestaciones, que ahora, de manera provisional se están otorgando, según se infiere del caudal probatorio.

Mientras que para establecer la inexistencia de la determinación reclamada, debe emitirse una resolución que se ocupe y atienda a un derecho fundamental de manera integral y completa, situación que en la especie no acontece.

Independientemente de lo anterior, debe entrarse al estudio del fondo del asunto porque el sobreseimiento decretado acerca de RLPF y del menor JIGP ha sido revocado en el considerando cuarto.

Sirven de apoyo a lo anterior el contenido de las tesis jurisprudenciales siguientes sustentadas por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicadas en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Epoca, la primera con número 2a./J. 59/99, tomo IX, junio de 1999, página 38 y la segunda registrada bajo el número 2a./J. 9/98, tomo VII, febrero de 1998, página 210, que dicen:

“CESACION DE EFECTOS EN AMPARO. ESTA CAUSA DE IMPROCEDENCIA SE ACTUALIZA CUANDO TODOS LOS EFECTOS DEL ACTO RECLAMADO SON DESTRUIDOS EN FORMA TOTAL E INCONDICIONAL. [Se transcribe]

“SOBRESEIMIENTO. CESACION DE LOS EFECTOS DEL ACTO RECLAMADO. [Se transcribe]

OCTAVO.- Una vez precisado lo anterior, este tribunal procede al estudio del segundo de los agravios expuestos, en el que se indica que se realizó una indebida interpretación de lo que establecen los artículos 183 y 197 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

En virtud de que los recurrentes no proponen mayores argumentos para acreditar la inconstitucionalidad de los artículos 22 y el 197 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, este Tribunal con fundamento en lo dispuesto por el artículo 76-bis, fracción VI, a continuación analizará el acto de aplicación (que es lo que podría beneficiar a los quejosos) de los anteriores artículos, porque como ya quedó establecido en el considerando cuarto se revocó el sobreseimiento decretado respecto de RLPF y JIG, y en relación a IGS se advierte que existe una violación directa a sus derechos fundamentales que lo han dejado sin defensa.

A continuación se realizará el estudio respecto al acto de aplicación de conformidad con el contenido de la siguiente tesis 2a./J. 71/2000 de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la página 235 del

Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XII, Agosto de 2000, Novena Época, que a la letra dice:

"LEYES, AMPARO CONTRA. REGLAS PARA SU ESTUDIO CUANDO SE PROMUEVE CON MOTIVO DE UN ACTO DE APLICACION. [Se transcribe]

Los artículos en comento establecen lo siguiente:

"ARTICULO 197.- Con apoyo en las pruebas reunidas, la Secretaría de que se trate declarará la procedencia del retiro, por estimar comprobada la personalidad militar del interesado, encontrarse en el activo y estar demostrada una o varias causas de retiro. De lo contrario, declarará la improcedencia del retiro fundándola y motivándola debidamente.

Estas declaraciones se notificarán al militar, dándosele a conocer, en su caso, el cómputo de sus servidores y el grado con el que serán retirados, para que dentro de un plazo de quince días, manifiesten su conformidad o formulen su inconformidad expresando objeciones las cuales sólo podrán referirse a la procedencia o improcedencia del retiro, a la jerarquía militar con que debe ser retirado el interesado y al cómputo de sus servicios.

Si lo estimare pertinente, en el mismo escrito de inconformidad ofrecerá pruebas, las cuales se le recibirán en un plazo de treinta días siguientes a la terminación del plazo anterior".

"ARTICULO 22. Son causas de retiro:

...

IV.- Quedar inutilizado en actos fuera del servicio."

Ahora bien, el acto de aplicación es el acuerdo de fecha veinticuatro de agosto de mil novecientos noventa y nueve, cuyo contenido es el siguiente:

"27 de agosto de 1999.

C. Sgto. I/o. ...

IGS

[...]

POR ACUERDO DEL C. GENERAL SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 123 Apartado "B" fracción XIII, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 19, 22 fracción IV, 25, 184, 185, 190, 197, 201, 202, 213 y 216 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, 41 fracción IV del Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional, 1, 8, 10, y 27 de la Ley para la Comprobación Ajuste y Cómputo de Servicios en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, y 51 y 52 de la Ley de Ascensos y Recompensas del Ejército y Fuerza Aérea Nacionales: se DECLARA LA PROCEDENCIA DE SU RETIRO, POR INUTILIDAD CONTRAIDA FUERA DE ACTOS DEL SERVICIO, considerándosele para el otorgamiento de los beneficios que le corresponden los siguientes aspectos:

[...]

E).- *Causal de Retiro: INUTILIDAD CONTRAIDA FUERA DE ACTOS DEL SERVICIO, por presentar.- POSITIVIDAD A LA PRUEBA DE ELISA PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA CONFIRMADA MEDIANTE LA REACCION DEL WESTERN BLOT Y DATOS DE INFECCION POR GERMENES OPORTUNISTAS QUE SON MANIFESTACIONES DE LA INMUNIDAD CELULAR, padecimiento comprendido en la fracción 117 de la PRIMERA Categoría de las Tablas anexas a la Ley del I.S.S.F.A.M.- (Fol. 2 del Inc.).*

[...].

Por lo anteriormente expuesto y fundado, y con apoyo además en los artículos 197 Segundo Párrafo y 213 de la Ley de la materia, se le conceda un plazo de 15 (Quince) días hábiles contados a partir del día siguiente, en que reciba usted la Presente Declaración Provisional de Retiro: a efecto de que manifieste su conformidad o formule su inconformidad expresando sus objeciones, y ofreciendo las pruebas con que acredite su dicho."

Asimismo, el acuerdo del Estado Mayor de la Secretaría de la Defensa Nacional de fecha veinticuatro de agosto de mil novecientos noventa y nueve, es del siguiente contenido:

"Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 123, apartado "B", fracción XIII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 29, fracción V de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 19 y 197 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y 91o., fracción XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional, proceda a notificarle al C. Sargento ... IGS, la declaración definitiva de procedencia de retiro, por tenerse acreditada la causal prevista en el numeral 22, fracción IV de la Ley antes invocada".

Cabe destacar que el juez de Distrito consideró, que al no haberse señalado en ese oficio la fundamentación de la competencia de quien lo emitió resultaba que no se encontraba suficientemente fundado y motivado por lo que procedía conceder el amparo solicitado.⁽¹⁶⁾

Lo anterior, si bien es cierto, resulta atinado también, que a juicio de este Tribunal, resulta incuestionable que los motivos por los cuales se le dio de baja al quejoso fue por inutilidad contraída fuera del servicio que se traduce en la detección de VIH, con fundamento en los artículos citados, resultando insuficiente, en virtud de que dichos numerales deben interpretarse de forma sistemática con otros artículos y principios constitucionales que establecen el derecho a la salud, a la per-

(16) El otorgamiento del amparo y protección de la Justicia de la Unión que había sido concedido por el Juez de Distrito obedecía a un vicio formal (indebida fundamentación), por lo que para subsanar tal vicio de constitucionalidad era suficiente que las autoridades de la Secretaría de la Defensa Nacional emitieran un nuevo orden de baja, debidamente fundada, esto es, quedaban en libertad de volver a decretar la baja por el hecho de que el militar se encuentra infectado con el VIH.

Además, el derecho a la permanencia en el empleo que se encuentra implícito en el artículo 123, apartado B, fracción IX,⁽¹⁹⁾ que refiere lo siguiente:

"IX. Los trabajadores sólo podrán ser suspendidos o cesados por causa justificada, en los términos que fije la ley".

De lo anterior se pueden obtener varias conclusiones; la primera de ellas, que el derecho a la salud es uno de los principios fundamentales que buscó proteger el constituyente y que se ve plasmado en la Carta Magna, máximo ordenamiento en nuestra República y, si bien, no define de manera concreta y específica cómo es que ha de darse dicha protección, precisamente la definición de su contenido ésta debe hacerse, como antes se refirió, con base en una interpretación sistemática que tienda a encontrar y desentrañar los principios y valores fundamentales que inspiraron al Poder Reformador.⁽²⁰⁾

Esto es así, dado que cuando las leyes son insuficientes, vagas, imprecisas o ambiguas en su regulación, para lograr una óptima aplicación del derecho tutelado, y solución de las controversias que puedan plantearse, el propio artículo 14 constitucional faculta para que, ante la insuficiencia y oscuridad de la letra de la ley, puedan utilizarse mecanismos de interpretación jurídica que permitan desentrañar el sentido y alcance de un mandato constitucional, privilegiando aquéllas que permitan conocer los valores o instituciones que se quisieron salvaguardar por el Poder Revisor:

Resulta así obvio, que dicho estudio constitucional complementario tiene que ir más allá de la interpretación literal, ya que la Constitución no establece, de modo expreso, que proteja la salud del ser humano. Al efecto, ... [-la-] Suprema Corte ya ha establecido, con apoyo en el artículo 14 constitucional, la validez del método causal y teleológico para desentrañar o colmar el sentido de las disposiciones constitucionales. Dicho método interpretativo fue adoptado en una ejecutoria del Tribunal pleno, de la que se formuló la tesis plenaria XXVIII/98 (Semana Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo VII, abril de 1998, página 117), que dice:

"INTERPRETACION DE LA CONSTITUCION. ANTE LA OSCURIDAD O INSUFICIENCIA DE SU LETRA DEBE ACUDIRSE A LOS MECANISMOS QUE PERMITAN CONOCER LOS VALORES O INSTITUCIONES QUE SE PRETENDIERON SALVAGUARDAR POR EL CONSTITUYENTE O EL PODER REVISOR. [Se transcribe]

La aplicación de esta tesis, orientada a la identificación de los valores o instituciones que el Constituyente protege o procura en la Norma de Normas, acudiendo a las causas y a los fines, requiere el examen de las disposiciones impugnadas para determinar la razón fundamental del despido y la cesación del servicio de

(19) Por primera vez en la historia judicial de México, se consideró que el derecho a la permanencia o estabilidad en el empleo es aplicable a los militares, cuando la interpretación usual ha sido en el sentido de que no existe una relación laboral entre los militares y las fuerzas armadas.

(20) Las denominaciones de "Poder Reformador" y de "Poder Revisor" aluden al órgano complejo establecido en el artículo 135 de la Constitución Federal, que está integrado por el Congreso de la Unión y las Legislaturas Estatales, y que siguiendo el procedimiento previsto en tal precepto constitucional, son competentes para modificar la Constitución.

salud referido con antelación, a efecto de que, una vez descubierta esa razón o motivación, pueda verificarse el tratamiento que, en su caso, se halle implícito en la Constitución.

Dado lo anterior, es importante en este punto recurrir para lograr una mejor aplicación e interpretación del ya multireferido artículo 4º constitucional, a leyes federales, adicionales a las consideradas por el juez de amparo, que ofrecen una regulación más específica al caso que nos ocupa y también a tratados internacionales que han desarrollado con mayor amplitud este tema considerando que la importancia de proteger este derecho se ha reflejado en la firma de los mismos.

Por lo tanto y después de examinar los artículos 1º, 4º y 123 constitucionales, se hace esta consideración: "la teleología de estos artículos es la no discriminación, respeto pleno a la dignidad de las personas, procuración de la salud y el bienestar de los seres humanos, así como la permanencia en el empleo".

En resumen, el estudio sistemático, causal y teleológico de los preceptos invocados hace llegar a las siguientes conclusiones:

I. La Constitución protege, el derecho a la no discriminación y la dignidad.

II. La Constitución protege el derecho a la salud.

III. La Constitución protege también, y de manera específica, los derechos de los niños.

IV. La Constitución protege el derecho a la permanencia en el empleo.

Por lo tanto, para saber cuál es el criterio que adopta la Constitución al respecto, es necesario repasar las disposiciones en que se pronuncia sobre la salud, sobre la no discriminación y sobre los derechos de los niños, en el entendido de que, a través de ese examen, se descubran los principios que sirvieron de base al Constituyente ante esa problemática y entender, de esta manera, la protección constitucional que debe darse a los derechos fundamentales de los quejosos.

El análisis objetivo de las disposiciones transcritas con anterioridad hace ver que el Constituyente formula declaraciones generales en las que otorga a todas las personas el derecho a la dignidad, la no discriminación, a la protección de su salud, prerrogativa que son correlativas de la obligación que tiene el Estado de procurar los elementos necesarios para salvaguardar la salud de los gobernados, así como la permanencia en el empleo.

En cuanto a la teleología de dichos preceptos, que se deduce de las razones ya señaladas referentes a las causas, resulta importante resaltar que el criterio del Constituyente y del Poder Reformador siempre ha sido la procuración de la salud de los seres humanos. Es importante también hacer la observación objetiva de que ninguno de los preceptos de la Constitución establece que la obligación de velar por la salud desaparece tratándose de enfermos desahuciados o terminales, o bien, tratándose de discapacitados totales o de enfermos mentales; por el contrario, procura los elementos para conservarles la vida, respetar su dignidad, darles asistencia social y proseguir con su rehabilitación.

Con base en los multicitados artículos constitucionales, el Congreso de la Unión y las legislaturas locales han elaborado diversas leyes secundarias mediante las cuales han organizado la prestación de los servicios de salud, otras que pretenden erradicar la discriminación y también se han preocupado por definir y tutelar los derechos de los niños; entre otras, cabe citar las siguientes leyes:

1) *La Ley General de Salud*, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, además se dispone su aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

También señala que entre las finalidades del derecho a la protección de la salud, se encuentran; i) El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; ii) La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; iii) El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

2) *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, que dispone los principios rectores de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes tales como:

a) Interés superior de la infancia

b) *La no-discriminación por ninguna razón, ni circunstancia.*

c) Igualdad sin distinción de raza, edad, sexo, religión, idioma o lengua, opinión política o de cualquier otra índole, origen étnico, nacional o social, posición económica, discapacidad, circunstancias de nacimiento o cualquiera otra condición suya o de sus ascendientes, tutores o representantes legales

d) Tutela plena e igualitaria de los derechos humanos y de las garantías constitucionales (artículo 3).

Además en el artículo 4 se señala que, acorde con el principio del interés superior de la infancia, las normas aplicables a niñas, niños y adolescentes, se deben entender dirigidas a procurarles, primordialmente, los cuidados y la asistencia que requieren para lograr un crecimiento y un desarrollo plenos dentro de un ambiente de bienestar familiar y social y que atendiendo a este principio, el ejercicio de los derechos de los adultos no podrá, en ningún momento, ni en ninguna circunstancia, condicionar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Ahora bien, en la referida ley, se dispone expresamente el derecho a la salud que tienen las niñas, niños y la coordinación que entre las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales debe darse para atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas (artículo 28).

3) *Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación*, define a la discriminación como toda distinción, exclusión o restricción que, basada en la condición de

salud tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas (artículo 4), también establece la prohibición de toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades (artículo 9).

A efecto de lo anterior; en la ley considera como conductas discriminatorias:

“...III. *Prohibir la libre elección de empleo, o restringir las oportunidades de acceso, permanencia y ascenso en el mismo;*

...VII. *Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios;*

...XIX. *Obstaculizar las condiciones mínimas necesarias para el crecimiento y desarrollo saludable, especialmente de las niñas y los niños;*

...XXI. *Limitar el derecho a la alimentación, la vivienda, el recreo y los servicios de atención médica adecuados, en los casos que la ley así lo prevea;”*

Además, señala de manera expresa en su artículo 6 que la interpretación del contenido de esta Ley, así como la actuación de las autoridades federales será congruente con los instrumentos internacionales aplicables en materia de discriminación de los que México sea parte, así como con las recomendaciones y resoluciones adoptadas por los organismos multilaterales y regionales y demás legislación aplicable. También se establece la obligación para los órganos públicos y las autoridades federales de adoptar medidas que tiendan a favorecer la igualdad real de oportunidades y a prevenir y eliminar las formas de discriminación de las personas (artículo 15).

Por lo que se refiere a los tratados internacionales, cuando reglamentan y desarrollan el contenido de los derechos fundamentales, como ha quedado antes referido, tales ordenamientos son de aplicación obligatoria conforme a lo dispuesto en el artículo 133 constitucional, respecto del cual el pleno de nuestro máximo tribunal de garantías se ha pronunciado en la tesis P. LXXVII/99, publicada en el Semanario Judicial de la Federación, Tomo X, noviembre de 1999, de la Novena Epoca, página 46, bajo el siguiente rubro:

“TRATADOS INTERNACIONALES. SE UBICAN JERARQUICAMENTE POR ENCIMA DE LAS LEYES FEDERALES Y EN UN SEGUNDO PLANO RESPECTO DE LA CONSTITUCION FEDERAL.”⁽²¹⁾ [Se transcribe]

Al respecto, es conveniente señalar el criterio sostenido en la tesis 2a. XXVII/2003, de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publi-

(21) A pesar de reconocer la mayor jerarquía de los tratados internacionales respecto a la legislación federal y local, reiteradamente la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha negado a declarar la inconstitucionalidad de diversas leyes por encontrarse en contradicción con algún tratado internacional, cuando ello sería el corolario lógico de la mayor jerarquía normativa de los tratados internacionales. Por el contrario, en la sentencia tácitamente se estima que una ley que contravenga un tratado internacional en materia de derechos humanos necesariamente es inconstitucional.

cada en el Semanario Judicial de la Federación, de la Novena Epoca, Tomo: XVII, Marzo de 2003, página 561, cuyo texto es el siguiente:

“TRATADOS INTERNACIONALES. ADMITEN DIVERSAS DENOMINACIONES, INDEPENDIEMENTE DE SU CONTENIDO. [Se transcribe]

Los instrumentos internacionales que desarrollan los temas que interesan y de los que México es parte, son:

1) *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"*, en el artículo 10 de este ordenamiento se hace especial énfasis al derecho a la salud, entendida como el disfrute más alto de bienestar físico, mental y social, según lo refiere el mismo Protocolo, además precisa que con el fin de hacer efectivo este derecho, se deben adoptar medidas como:

a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b) *La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*

c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d) La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

e) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Además, los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a *garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social* (artículo 3).

2) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, abierto a firma en la Ciudad de Nueva York, E.U.A., el 19 de diciembre de 1966, publicado en el Diario Oficial de la Federación el martes 12 de mayo de 1981, en este pacto se reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (artículo 12) y además, se señala *“la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”*, como una de las medidas que deben adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.

3) *Convención sobre los derechos del niño*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el viernes 25 de enero de 1991, en este ordenamiento se hace una consideración primordial al interés superior del niño en todas las medidas concernientes a éstos que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos (artículo 3).

Además, los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud y se comprometen a esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios y además asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la prestación de la asistencia médica necesaria y para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional (artículo 24 y 26).

4) *Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos*, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A. el 19 de diciembre de 1966, publicado en el Diario Oficial de la Federación el miércoles 20 de mayo de 1981, que dispone en su artículo 26 que "Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social".

También se prohíbe la restricción o menoscabo de alguno de los derechos fundamentales reconocidos o vigentes en un país a pretexto de que éste pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado (artículo 5.2.2 principio pro homine).

5) *Declaración Universal de Derechos Humanos*,⁽²²⁾ en este documento, los Estados partes se comprometen a reconocer la igualdad de todos *ante la ley* y que *tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley*, además el derecho que tienen todos a *igual protección contra toda discriminación* que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación (artículos 2 y 7). Además de establecer la prohibición de realizar actos tendientes a la *supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración* (artículo 30 principio pro homine).

6) *Convención Americana de Derechos Humanos*, adoptada en la ciudad de San José de Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969, publicada en el Diario Oficial de la Federación el jueves 7 de mayo de 1981, que establece la *igualdad de todas las personas ante la ley, sin discriminación* por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social (artículos 1 y 24); de igual forma *prohíbe expresamente la supresión del goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos por esta convención o de cualquier derecho o libertad reconocido de acuerdo con las leyes de los estados partes* (artículo 29 principio pro homine).

(22) La Declaración Universal de Derechos Humanos no tiene el carácter de tratado internacional, ya que únicamente fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948. Por tanto, su obligatoriedad deriva de la costumbre internacional.

7) *Convenio relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de agosto de 1963, que establece la prohibición a la discriminación que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato, en el empleo y la ocupación (artículo 1).

En este orden de ideas resulta que el marco relevante en este asunto lo constituye el derecho fundamental a la salud y su consecuente garantía de seguridad social (artículo 4º de la Carta Magna), que se vio transgredida como consecuencia de un trato discriminatorio que prohíbe el artículo 1º de la Constitución, ordenamientos que también se encuentran reconocidos no sólo en leyes federales sino en tratados los cuales de acuerdo con el artículo 133 de la referida Constitución, resultan ser la Ley Suprema de toda la Unión, cuando es el caso que reglamentan y abundan de forma más amplia y específica los derechos fundamentales tutelados por nuestra Carta Magna.

Resulta aplicable, dada su analogía la jurisprudencia número P/J. 14/2002, emitida por el Pleno de nuestro máximo Tribunal Constitucional, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XV, Febrero de 2002, Página: 588, Novena Epoca, que a la letra dispone:

“DERECHO A LA VIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCION. SU PROTECCION DERIVA DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y DE LAS LEYES FEDERALES Y LOCALES.⁽²³⁾ [Se transcribe]

Por todo lo anterior, debe estimarse que el acto de aplicación reclamado por los quejosos vulnera su esfera jurídica, porque automáticamente se le separó del cargo con motivo de su enfermedad, afectando su derecho de permanencia en el trabajo con el acuerdo de veinticuatro de agosto de mil novecientos noventa y nueve, relativo a la procedencia de retiro que se especifica en el oficio de veintisiete de agosto de dos mil dos el cual surgió unilateralmente y sin mediar alguna medida que permitiera la defensa del afectado; esto es, no se atendieron a los derechos que ya tenía adquiridos como miembro del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas.

Así las cosas sucede que en enfermedades como la que contrajo el quejoso “SIDA” y que transmitió a su esposa e hijo, tuvo como consecuencia que se decretara el retiro del quejoso, y que su familia no pudiera continuar siendo beneficiada del derecho a la salud como garantía de seguridad social,

Por todo lo anterior, resulta que evidente que se esta ante la presencia de dos derechos sustantivos:

(23) En sentido estricto no se trata de una Tesis de Jurisprudencia, y por ende carece de obligatoriedad, dado que deriva de la sentencia pronunciada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación al resolver la acción de inconstitucionalidad 10/2000, que fue promovida en contra de la reforma de 2000 al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, en materia de aborto, siendo que la sentencia no fue aprobada por al menos ocho votos, que en términos de lo dispuesto en los artículos 43, 72 y 73 de la Ley Reglamentaria de las fracciones I y II del artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, son necesarios para la integración de jurisprudencia. A mayor abundamiento, existe una evidente discordancia entre el contenido de la sentencia y el texto de la presunta tesis de jurisprudencia que nos ocupa, por lo que debe prevalecer el contenido de la sentencia.

- a) el de la salud y
- b) la permanencia en el trabajo;

Por lo que al haber decretado las responsables el retiro del quejoso sin ser escuchado y tomando solamente en cuenta la inutilidad derivada de ser portador de VIH, se traduce en un trato discriminatorio, el cual está prohibido por nuestra Constitución y en los diversos ordenamientos citados, por lo tanto el acto de aplicación de los ordenamientos reclamados es inconstitucional, y procede conceder el amparo solicitado, atendiendo también al principio *pro homine* (el cual esta incorporado en los tratados), cuya definición de Martín Abregó y Cristian Courtis, en *La aplicación de los tratados internacionales sobre derechos humanos por los tribunales locales*, Editorial del Puerto, página 163 que a continuación se cita: [El principio *pro homine* es un criterio hermenéutico que informa todo el derecho de los derechos humanos, en virtud del cual se debe acudir a la norma más amplia, o a la interpretación más extensiva, cuando se trata de reconocer derechos protegidos e, inversamente, a la norma o a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos de suspensión extraordinaria. El principio coincide con el rasgo fundamental de derecho de los derechos humanos, esto es, estar siempre a favor del hombre.⁽²⁴⁾]

En este orden de ideas, lo que procede es modificar en este aspecto la concesión del amparo, protegiendo también a RLPF y al menor JIGP, para el efecto de que en su calidad de derechohabientes de IGS se les suministren medicamentos y reciban toda la atención médica necesaria. Esto ante la insuficiente fundamentación de los actos de las autoridades del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, que derivaron en una violación al derecho a la permanencia laboral, a la igualdad, a la no discriminación y a la salud porque si bien es cierto este Tribunal no deja de atender al criterio de la Superioridad en relación al artículo 183 de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas de que no transgrede la garantía de audiencia, respecto al manejo de su personal, lo cierto es que esto es solamente respecto a la fundamentación que se sigue para demostrar la causa de inutilización y en el presente asunto como ya se ha reiterado en múltiples ocasiones, de acuerdo con el texto del artículo 133 de la Constitución, debe atenderse tanto a la Carta Magna como a los tratados, leyes, y principios jurídicos fundamentales reiterando que la fundamentación del acto reclamado en ciertos dispositivos de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, no resulta atinado porque dejan de aplicarse otros dispositivos y principios jurídicos que de conjunto integran el orden jurídico nacional pertinente y relevante a las circunstancias del caso que han quedado descritos en este sumario.

Así las cosas, se transgrede y contrarían los principios y reglas que se deducen claramente de lo dispuesto en los artículos 1º, 4º y 123 de la Constitución

(24) Es la primera vez que conocemos que un tribunal federal en nuestro país aplique expresamente el principio *pro homine*.

Federal, así como las siguientes leyes federales; *Ley General de Salud*, *Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación*, *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes*; y los siguientes ordenamientos internacionales: *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"*, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, *Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos*, *Convención sobre los derechos del niño*, *Convenio relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación y el principio pro homine* por lo que la ley federal aplicada no resulta el único aspecto a que ha de atenderse y tal incompletitud y falta de relevancia no puede constituir el contexto normativo pertinente de la fundamentación lo que genera las consecuencias determinantes de la inconstitucionalidad del acto reclamado.

Esto es, las competencias concurrentes entre normas de igual o distinto rango, que configuren el objeto de la regla de prevalencia, son propias de algunos Estados federales o de estructura territorial descentralizada.

El criterio de procedimiento toma en cuenta, como su nombre lo dice, la validez del procedimiento legislativo que dio origen a la norma; es decir, en caso de que existan dos normas contrarias, provenientes del mismo órgano, y una de las cuales haya sido creada con infracción a las reglas que rigen los procesos de creación, por aspectos formales, tales como quórum, período, entre otros, la otra norma debe prevalecer en la solución del caso concreto.

En abono a la solución de este asunto, sobre la base del método basado en la aplicación del criterio de principios parte de la base que son postulados que persiguen la realización de algo, como expresión directa de los valores incorporados al sistema jurídico, cuyo cumplimiento debe buscarse en la mayor medida posible; en tanto que las reglas son enunciados de menor abstracción que los principios, que tienden a lograr la aplicación de éstos a los casos concretos. En este orden de ideas, en caso de la existencia de una antinomia entre reglas aplicables, se pueden utilizar los principios que las rigen como directriz, esto es, ante la oposición entre reglas que resulten aplicables a un mismo caso, debe optarse por la que se apege más al principio que rija a ambas.

Resulta aplicable por analogía y en lo conducente el contenido de la tesis jurisprudencial P/J. 78/2001, sustentada por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial y su Gaceta, tomo XIII, Junio de 2001, Novena Epoca, página 7, que es del siguiente tenor:

"REVISION. ES PROCEDENTE DICHO RECURSO CONTRA LOS ACUERDOS DICTADOS EN LA AUDIENCIA INCIDENTAL EN LA QUE SE DECIDE SOBRE LA SUSPENSION DEFINITIVA. [Se transcribe]

Así las cosas, las autoridades en términos del artículo 80 de la Ley de Amparo deberán retrotraer las cosas hasta antes de la violación reclamada, que en la especie es la orden de retiro decretada al quejoso, y restablecer el status de los quejosos como si se encontrara en activo con todos los derechos, prestaciones, emolumentos que deriven de su servicio y resolver la situación jurídica con fiel seguimiento a las directrices y marco normativo a que se contrae esta ejecutoria.

CRONOLOGIA NORMATIVA

PRIMER SEMESTRE 2004

Rosa María Yáñez Clavel

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION

- El 19 de enero se publicó el *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud* (el día 28 del mismo mes se publicó una fe de erratas). Destaca la adscripción de los secretariados de las Comisiones Nacionales de Bioética y de Genoma Humano a la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud (artículo 12), para efectos de coordinación, desarrollo y promoción de nuevos esquemas de gestión y financiamiento que hagan más eficiente su operación.
- El 19 de enero se publicó el *Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud* en relación con la publicidad del tabaco. En la misma materia el 12 de mayo se publicó el decreto por el que se aprueba el *Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco*, adoptado en Ginebra, Suiza, el 21 de mayo de 2003, y el día 28 el Consejo de Salubridad General emitió una recomendación para proteger la salud de los no fumadores de la exposición involuntaria al humo del tabaco.
- El 20 de enero se publicó la *Ley General de Desarrollo Social*. Este ordenamiento señala entre sus objetivos el "... garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, asegurando el acceso de toda la población al desarrollo social". El artículo 6 establece que "son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos".
- El 21 de enero se publicó la Resolución por la que se *modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de Planificación Familiar*, con el objetivo de uniformar los criterios de operación, políticas y

estrategias para la prestación de servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva. Destaca el objetivo específico a que hace referencia la introducción: "... se pondrá al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como los métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Se debe ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos, desde los naturales hasta aquellos que sean producto de los avances científicos y tecnológicos recientes, que hayan demostrado ser efectivos y seguros". La norma incorpora la anticoncepción de emergencia.

- El 29 de enero se publicó la respuesta a los comentarios del *proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-208-2002. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica*, publicado el 27 de agosto de 2003. El 4 de marzo se publicó la *versión final de esta norma* que tiene como objetivo controlar la presencia de riesgos sanitarios mediante el establecimiento de los requisitos de infraestructura, organización, funcionamiento y atención en los gabinetes de ultrasonografía diagnóstica, independientes o ligados al establecimiento de atención médica, así como los perfiles del personal profesional y técnico que en ellos laboran.
- El 3 de febrero se publicó el *Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*.
- El 27 de febrero se publicó el *Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer las atribuciones aplicables en materia de protección social en salud, que le otorgan el propio Reglamento y los demás ordenamientos aplicables.
- El 8 de marzo se publicó el *proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-040-SSA2-2003, en materia de información en salud*, para que los interesados presenten comentarios por escrito al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.
- 5 de abril se publicó el *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud* que tiene por objeto regular el Sistema de

Protección Social (Seguro Popular) que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud. El artículo 7º. señala que los servicios de salud a la persona se componen de los servicios esenciales y aquellos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, definidos por el artículo 77 Bis 29 de la Ley.

- El 6 de abril el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública dio a conocer los *Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de corrección de datos personales que formulen los particulares.*
- El 13 de abril se publicó el *Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios*, órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, que tiene entre sus funciones: Ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios en materia de establecimientos de salud, de disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes y de disposición de sangre.
- El 14 de abril se publicó el Acuerdo por el que se *reestructura* el ahora denominado *Comité Nacional de Cáncer en la Mujer*, debiendo sesionar con la nueva integración dentro de los noventa días siguientes a su entrada en vigor.
- El 26 de abril el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación publicó el *Estatuto Orgánico* que regula su estructura, facultades, funcionamiento, operación y desarrollo como organismo descentralizado sectorizado a la Secretaría de Gobernación, con personalidad jurídica y patrimonio propios, autonomía técnica y de gestión para el desempeño de sus actividades.
- El 28 de abril el Consejo de Salubridad General publicó el *Acuerdo por el que se establece la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos*, la cual tiene entre sus funciones la revisión permanente de los tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos con el fin de efectuar su actualización, de conformidad con los requerimientos de la salud y de los avances de la ciencia médica y la tecnología, a través de la revisión de las guías clínico-terapéuticas, tanto del acervo nacional como internacional, de la medicina basada en evidencias, protocolos, algoritmos y rutas críticas.

- El 11 de mayo se publicó el decreto por el que se deroga (se deja sin efecto) la fracción I del artículo 22 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, que señalaba: "Artículo 22. No se requerirá el consentimiento de los individuos para proporcionar los datos personales en los siguientes casos: I. Los necesarios para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia médica o la gestión de servicios de salud y no pueda recabarse su autorización."
- El 27 de mayo se publicó el *aviso de prórroga de la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-2003 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*.
- El 16 de junio se publicó una *nota aclaratoria a la Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar*, publicada el 21 de enero de 2004. En ella se precisa la denominación del Comité responsable de expedir la norma y su fundamento legal.
- El 16 de junio se publicó una modificación al *Reglamento Interior del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública*.
- El 28 de junio se publicó el *Manual de Organización General de la Comisión Nacional de Derechos Humanos*.

GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL

- El 13 de enero se publicó el *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Código Civil para el Distrito Federal*, entre las que destacan la modificación de la fracción II del artículo 135, que establece que puede solicitarse la rectificación por enmienda de las actas del registro civil, "cuando se solicite variar algún nombre u otro dato esencial que afecte el estado civil, la filiación, la nacionalidad, el sexo y la identidad de la persona".
- El 27 de enero se publicó el *Decreto por el que se reforman los artículos 145 y 148 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal y se adicionan los artículos 16 Bis 6 y 16 Bis 7 a la Ley de Salud para el Distrito Federal*. En el artículo 145 del Nuevo Código Penal se incrementa la penalidad cuando el aborto es provocado sin el consentimiento de la mujer embarazada, y en el

artículo 148 se caracterizan como excluyentes de responsabilidad penal los supuestos en que está permitido el aborto. Los preceptos adicionados a la Ley de Salud para el Distrito Federal establecen cuando la mujer interesada así lo solicite, la obligación de las instituciones públicas de salud de prestar de manera gratuita y en condiciones de calidad, los servicios para la interrupción del embarazo en los supuestos permitidos en el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, en un término de cinco días, contados a partir de que sea presentada la solicitud y satisfechos los requisitos establecidos en la legislación aplicable, e incorporan la figura de la objeción de conciencia para los prestadores de los servicios de salud a quienes corresponda practicar la interrupción del embarazo en los supuestos permitidos por el Código Penal, y cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a la interrupción, teniendo la obligación de referir a la mujer con un médico no objetor. La objeción de conciencia no podrá invocarse cuando sea urgente la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud o la vida de la mujer. Las instituciones públicas de salud tienen la obligación de garantizar la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal no objetor.

REVISTA MEXICANA DE BIOÉTICA

INFORMACION E INSTRUCCIONES PARA LOS COLABORADORES

Información.

La Revista Mexicana de Bioética publica semestralmente artículos sobre temas relacionados con la investigación y práctica de las ciencias de la vida, especialmente las ciencias de la salud, desde la perspectiva de distintas disciplinas, así como la presentación y discusión de casos y el análisis de disposiciones legales relacionadas.

Para su publicación los trabajos serán evaluados por un Comité y sujetos a dictamen anónimo por parte de reconocidos especialistas. Las opiniones expresadas en los artículos corresponden a sus autores y no son necesariamente compartidas por los editores.

Las comunicaciones relacionadas con la publicación de artículos y correspondencia al Editor deben ser enviadas a Medilex, Consultoría Médico Legal, Revista Mexicana de Bioética, Comité Editorial, Avenida Colonia del Valle 528-603, México, D. F., Código Postal 03100, teléfono 56874848, teléfono-fax 55368531, e-mail rmyc@prodigy.net.mx

En hoja aparte se especificarán los antecedentes del autor (grado académico, publicaciones recientes, lugar de trabajo) y sus datos personales (dirección, teléfono, e-mail).

La Revista Mexicana de Bioética proporcionará en forma gratuita hasta 7 ejemplares de la publicación a los autores debiendo solicitarlos por escrito o e-mail.

Instrucciones.

1. Todo artículo deberá acompañarse por una carta de presentación del trabajo que contenga:

- La autorización explícita a la Revista Mexicana de Bioética, en caso de que el trabajo sea seleccionado, para la publicación gratuita.
- Información acerca de si el trabajo ha sido previamente presentado en congresos o reuniones científicas o enviado a otra revista.
- La firma de todos los autores mencionando al representante para cualquier aclaración o duda respecto al artículo.

2. Los artículos no deben de exceder de 25 páginas y deberán presentarse en original y dos copias y en diskette (3.5 DOS IBM PC compatible, preferentemente M.S. Word 6.0-7.0), mecanografiada

en papel tamaño carta a doble espacio con márgenes de 25 mm. Las páginas deberán numerarse en forma consecutiva, iniciando con la del título, en la parte superior derecha.

3. La primera página contendrá: título del artículo que debe ser conciso e informativo, nombre y apellidos de cada autor, así como las instituciones donde trabajan y la dirección del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito.

4. La segunda página incluirá un resumen que refleje las ideas básicas del artículo con un máximo de 15 líneas en español e inglés. A continuación se agregarán de 3 a 10 palabras clave tanto en español como en inglés, que faciliten su clasificación.

5. Las referencias bibliográficas se incorporan al final del artículo, enumeradas en forma consecutiva por orden de aparición en el texto, en el orden siguiente:

- Artículo de Revista:
 - Autores (apellido e iniciales de los nombres, si hubieran más de tres, sólo se mencionarán los tres primeros y se agregará et. al.)
 - Título completo del trabajo en idioma original.
 - Nombre de la revista, año, volumen y páginas.
- Libro:
 - Apellido e iniciales del o los autores.
 - Título del libro.
 - Número de la Edición, lugar de la publicación, editorial, año, páginas.
- Presentaciones en congresos y reuniones académicas:
 - Autores (apellido e iniciales de los nombres)
 - Título completo del trabajo en idioma original.
 - Nombre del evento, lugar de realización y fecha.
- Las notas y comentarios fuera del texto se intercalarán entre las referencias, siguiendo el orden consecutivo de las mismas. La notas deberán colocarse al pie de página y no al final del artículo.
- Los cuadros comparativos se presentarán en hojas separadas, con un título breve y enumeradas consecutivamente con números romanos, en el orden que deben aparecer.

En caso de eventuales observaciones o sugerencias, el trabajo se remitirá para las modificaciones conducentes, debiendo el autor remitirlo a la brevedad posible después de su recepción con el respectivo archivo modificado.



REVISTA MEXICANA DE BIOETICA

Precio del ejemplar: \$100.00

Si desea suscribirse, favor de enviar este cupón a Medilex, Consultoría Médico Legal, S.A. de C.V., Avenida Colonia del Valle 528-603, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D.F., teléfono 56874848, fax 55368531.

Datos del suscriptor

Nombre:

Teléfono:

E-Mail:

Dirección:

Colonia:

Delegación:

C.P.

Ciudad:

Estado:

País:

Fecha:

Firma

Si requiere factura, proporcione los siguientes datos (anexar copia) de su RFC.

Facturar a:

RFC:

Dirección

Col.

C.P.

Favor de adjuntar el recibo de depósito bancario a nombre de:

Medilex, Consultoría Médico Legal, S.A. de C.V.,

cuenta HSBC número 04020290730 o enviarlo por ambos lados vía fax.

Costo de la suscripción por dos números: \$180.00

Costo de la suscripción por cuatro números: \$350.00

Mes de inicio: diciembre () junio ()

Se terminó de imprimir en agosto de 2004.
Impreso en IMPRETEI, S.A. de C.V.
El tiraje fue de 1000 ejemplares.
Suscripciones: Av. Colonia del Valle 528-603,
Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100,
México, D.F. Teléfono 56874848