

Dilemas éticos relacionados con la supresión de la pubertad

Ethical dilemmas related to puberty suppression

María Guadalupe Grimaux, Gustavo Paez

Directrices anticipadas durante el periodo de gestación.

Aspects bioéticos y normatividad en México

Advance directives during gestation.

Bioethical aspects and legislation in Mexico

Lorena Andrea Pérez Ferrer, Samuel

Weingerz Mehl, Rodrigo Madero Mesa

Medicina & ética

Revista internacional de bioética, deontología y ética médica



MÉXICO

2023 / 1

Enero - Marzo

January - March

ISSN revista digital
2594-2166

La dignidad de las personas en
las investigaciones clínicas

Dignity of persons in clinical research

Rafael Bustos Saldaña

Transhumanismo, tecnohumanismo y ética

Transhumanism, techno-humanism and ethics

Luca Benvenga

¿Cómo afrontar la infertilidad de modo médico,
respetando a las personas y el amor conyugal?

La ayuda de la nanotecnología en estos procesos

*How to face infertility from a medical perspective,
respecting the human person and married love?*

NaProTechnology's help in these processes

José Francisco Vaquero, Helena Marcos,

María Victoria Mena, Venancio Carrión

Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida

Bioethics: vulnerability and responsibility at the beginning of life

Marcela Garibay López

La eutanasia y el suicidio asistido

Euthanasia and assisted suicide

José Enrique Gómez Álvarez



Facultad de Bioética

Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud

Facultad de Ciencias de la Salud

Centro de Investigación
en Ciencias de la Salud



Red de Universidades
Anáhuac

**Centros de
Bioética**



@medicinayetica

<https://revistas.anahuac.mx/bioetica>

www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/revista-medicina-y-etica

RECTOR

Dr. Cipriano Sánchez García, L.C.

VICERRECTORES ACADÉMICOS

Dra. Lorena Rosalba Martínez Verduzco

Mtro. Jorge Miguel Fabre Mendoza

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE BIOÉTICA

Dr. Fernando Fabó Martín

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Dr. Jose Pozón López

COORDINADORA DE PUBLICACIONES ACADÉMICAS

Mtra. Alma E. Cázares Ruiz

Medicina y Ética está incluida en el Directorio de Latindex, en el Catálogo Latindex 2.0, en el Directory of Open Access Journals (DOAJ), en Dialnet, en la base de datos Sherpa Romeo, en Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social (BIBLAT), en The Philosopher's Index, en MIAR. Asimismo, en las Top 100 Bioethics Journals in the World de la Bioethic Research Library, Georgetown University (Washington D.C., USA).

DIRECTOR

Fernando Fabó Martín, PhD

DIRECTOR EJECUTIVO

Juan Manuel Palomares, PhD

COORDINADORA EDITORIAL

María Elizabeth de los Ríos Uriarte, PhD

ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA

Antonio Muñoz, PhD

DISEÑO DE PORTADA

Priscilla Camargo Bacha

TRADUCCIÓN

Sara Palatchi

COMPOSICIÓN TIPOGRÁFICA

Casa Aldo Manuzio

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Dentología y Ética Médica

BIOETHICS AND MEDICINE

The International Journal of Bioethics, Dentology and Medical Ethics

Volumen XXXIV

2023/1

Enero - Marzo

January - March

Consejo Científico

Agazzi Evandro, Aznar Lucea Justo (†), Carrillo José Damián, Ferrer Jorge, García Gómez Alberto, Gallagher Coleen, León Francisco, Miranda Gonzalo, Revello Rubén, Ruiz de Chávez Manuel Hugo, Serra Van Dunem José Octavio, Sempore Jacques, Ten Have Henk, Tham Joseph, Viesca Treviño Carlos.

Comité Editorial

García Fernández Dora, Hall Robert, Jiménez Piña Raúl, Kalkach Mariel, Llaca Elvira, Lunstroth John, Marcó Bach Francisco Javier, Muñoz Torres Antonio, Palazzani Laura, Postigo Solana Elena, Ruiz Claudia, Tarasco Michel Martha, Templos Luz Adriana, Velázquez González Lourdes.

Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Dentología y Ética Médica, Vol. XXXIV, enero - marzo 2023, es una publicación trimestral editada por Investigaciones y Estudios Superiores S.C. (conocida como Universidad Anáhuac México), a través de las Facultades de Bioética y Ciencias de la Salud.

Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac,
C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210.

<https://www.anahuac.mx/mexico/>

Editor responsable: Dr. Fernando Fabó Martín.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título:

04-2021-061709595900-102, ISSN electrónico: 2594-2166,

otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Responsable de la última actualización de este número,

Facultad de Bioética, Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte,

Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac,

C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210,

Fecha de la última modificación: 31 de diciembre de 2022.

El contenido de los artículos es total responsabilidad de los autores y no refleja el punto de vista del Editor ni de la Universidad Anáhuac México.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Todo el contenido intelectual que se encuentra en la presente publicación periódica se licencia al público consumidor bajo la figura de Creative Commons®, salvo que el autor de dicho contenido hubiere pactado en contrario o limitado dicha facultad a "Medicina y Ética®" o "Universidad Anáhuac México®" por escrito y expresamente.

Medicina y Ética se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



Índice

Editorial.....7

Introduction.....12

Artículos:

Dilemas éticos relacionados con la supresión de la pubertad.....16

Ethical dilemmas related to puberty suppression.....33

María Guadalupe Grimaux, Gustavo Paez

Directrices anticipadas durante el periodo de gestación.

Aspectos bioéticos y normatividad en México.....49

Advance directives during gestation. Bioethical aspects and legislation in Mexico.....87

Lorena Andrea Pérez Ferrer, Samuel Weingerz Mehl, Rodrigo Madero Mesa

La dignidad de las personas en las investigaciones clínicas.....123

Dignity of persons in clinical research.....142

Rafael Bustos Saldaña

Transhumanismo, tecnohumanismo y ética.....160

Transhumanism, techno-humanism and ethics.....177

Luca Benvenga

¿Cómo afrontar la infertilidad de modo médico, respetando a las personas y el amor conyugal? La ayuda de la nanotecnología en estos procesos.....194

How to face infertility from a medical perspective, respecting the human person and married love? NaProTechnology's help in these processes.....219

José Francisco Vaquero, Helena Marcos, María Victoria Mena, Venancio Carrión

Reseñas:

Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida.....242

Bioethics: vulnerability and responsibility at the beginning of life.....246

Marcela Garibay López

La eutanasia y el suicidio asistido.....250

Euthanasia and assisted suicide.....259

José Enrique Gómez Álvarez

EDITORIAL

A medida que vamos retomando las actividades diarias de manera habitual y los cuestionamientos sobre la licitud y la ética de las intervenciones sobre la vida y la salud, podemos observar que en este año se da una importancia especial a la regularización progresiva de disyuntivas centrales y generales de la bioética.

Por lo anterior, en este número se presentan tres temas que analizan y reflexionan sobre los dilemas bioéticos al inicio de la vida; el primero sobre las tecnologías emergentes; el segundo sobre los principios éticos de la investigación médica y un tercero sobre otros conflictos en la práctica médica. También se presentan dos reseñas que describen problemas de bioética en los que no debe faltar un análisis a la luz de los acontecimientos actuales.

Grimaux y Paez en el primer artículo de este número de *Medicina y Ética*, plantean un debate sobre las intervenciones para el tratamiento de la disforia de género en adolescentes, concretamente, la controversia existente en la supresión de la pubertad.

Los autores parten de algunos antecedentes que afirman que la disforia de género es catalogada como enfermedad mental debido al alto nivel de angustia que genera en quienes la padecen, provocado a su vez, por el rechazo social. Consideran que lo anterior pone en grave riesgo principalmente a los adolescentes que la padecen ya que los conduce a una severa depresión, daños autoinfligidos, ansiedad y aislamiento.

Los autores enuncian tres modelos de intervención para la disforia de género: a) terapéutico, b) *watchfull waiting* y c) modelo afirmativo y, por otro lado, describen, dos terapias para su tratamiento: a) terapia psicológica de acompañamiento y b) terapias de supresión de la pubertad.

El principal dilema abordado en el artículo es que las terapias de supresión de la pubertad pueden conllevar riesgos importantes a

largo plazo que aún no se conocen a profundidad. Esto, aunado al hecho de que la mayoría de los casos, pasado un tiempo, regresan a la concepción original de su género, pone en tela de juicio la ética de dichas intervenciones por no cumplir con un principio terapéutico.

En el segundo artículo que presentamos en este número, los doctores Pérez Ferrer, Weingerz y Madero plantean un tema álgido en cuanto a la invalidez jurídica del documento de voluntad anticipada en mujeres embarazadas y su posterior reactivación una vez que el embarazo ha llegado a término.

El problema que se plantea radica en que la invalidez de dicho documento anula el principio de autonomía de la mujer embarazada negándole el derecho a ejercer su libertad y, por ende, este postulado es criticado por los autores en el ánimo de llamar la atención sobre la situación y exhortar a prohibir su invalidez.

La prohibición durante el embarazo tiene su fundamento en un deseo de salvaguardar la vida del bebé a toda costa, pero carece de solidez ética ya que, respetar la decisión de la madre de no someterse a medios extraordinarios puede también ser compatible con acciones médicas tendentes a salvar la vida del bebé sin atropellar la dignidad de ambos.

Por lo anterior, prohibir que la mujer exprese su decisión es un atentado no sólo contra el principio de autonomía sino también contra el principio de justicia.

Por otra parte, el artículo del doctor Bustos toca un tema central sobre el que ninguna reflexión ética será suficiente debido a su relevancia: la investigación científica que involucra seres humanos.

Para el autor, los dos pilares sobre los que deben erigirse los principios bioéticos a considerar en cualquier proceso de investigación que involucre seres humanos son la dignidad y los derechos humanos, entendiendo que los segundos se desprenden de la primera.

Tras afirmar que el objetivo de la ciencia médica es la obtención de conocimiento imparcial y verdadero sobre la realidad, el autor enuncia los criterios con los que debe regirse un protocolo de investigación: protección de la vida y de la salud, integridad, respeto por

la autodeterminación, respeto a la intimidad y a la confidencialidad de datos personales.

Todos estos criterios provienen de la dignidad humana, de la que también se desprenden otros valores integradores de la investigación como la responsabilidad, el servicio, la justicia, la paz, la educación, etcétera.

El autor hace una aclaración relevante entre dignidad y autonomía afirmando que la primera no puede ni debe quedar sujeta a la segunda.

Otro aspecto relevante de esta investigación es la lista detallada sobre la normatividad de la investigación con seres humanos mediante documentos nacionales e internacionales con el fin de reforzar la idea de que la persona humana y su dignidad, así como los derechos de todas las personas deben ser rectores de las investigaciones clínicas y nunca ser tomados como simples medios.

El cuarto artículo escrito por Luca Benvenga, ofrece una consideración atrevida sobre el transhumanismo al afirmar que el paradigma antropocéntrico y el tecnocéntrico pueden armonizarse sin generar tensión entre lo humano y lo artificial.

El autor propone que la incorporación de lo tecnológico a lo humano es parte del propio proceso evolutivo en tanto que el ser humano siempre ha buscado mejorar sus capacidades siendo esta una tendencia natural. Ahora bien, esta fusión de paradigmas, dice el autor, no está exenta de cuestionamientos éticos que ameritan una reflexión seria. Estos son, ¿qué significa ser hombre?, ¿qué es la naturaleza? y ¿qué es un posthumano?, por mencionar algunos.

Así, en diálogo entre bioconservadores y transhumanistas surge el texto de este artículo.

Un último artículo que conforma este número es el de los doctores Vaquero, Marcos, Mena y Carrión quienes presentan un análisis evidenciado empíricamente sobre la nanotecnología usando el método triangular de Sgreccia.

Después de brindar datos actuales sobre los bajos índices de fertilidad lo que pone en riesgo el aseguramiento de un relevo generacional,

parten de la definición de la naprotecnología como una ciencia restauradora de la fertilidad en cuanto que esta no es como tal una enfermedad sino el síntoma de una u otras posibles enfermedades. Su objetivo, por ende, es mejorar las condiciones fisiológicas del ciclo menstrual para facilitar la concepción natural.

Los autores sustentan el éxito de la naprotecnología en un estudio de casos llevado a cabo en España entre los años 2015 a 2021. Los datos que arrojan información relevante se relacionan con la edad de las parejas, los antecedentes de haber recurrido a alguna técnica de reproducción asistida, el diagnóstico, el número de hijos y la tasa de éxito que alcanzan los trescientos embarazos de los que han nacido 201 niños vivos.

Sobre las consideraciones antropológicas, segundo apartado del método de Sgreccia, los autores reflexionan sobre la unidad de alma y cuerpo en la persona humana, la sexualidad más allá de la genitalidad.

Respecto de las consideraciones éticas se reflexiona sobre el bien que representa un hijo, el cuidado y protección del derecho a la salud física, el bien de la salud matrimonial y el bien espiritual del hombre.

La primera reseña, escrita por la doctora Garibay lleva a cabo una reflexión ética sobre temas varios como el embrión, el aborto, las técnicas de reproducción asistida, la manipulación genética y la clonación. Una destacada reflexión que hace notar la autora es la invitación que hace el doctor de la Torre Díaz sobre el embrión pre implantatorio y sobre la vulnerabilidad tanto de la madre como del bebé en el tema del aborto. Así también, se resalta la invitación a no realizar juicios morales sino a ofrecer más bien, educación y orientación.

La segunda reseña presentada por el doctor Gómez Álvarez versa sobre el libro compilado por el doctor Carreño sobre la eutanasia y el suicidio asistido donde se presentan diversos argumentos provenientes de diferentes autores; todos ellos opositores a dichas acciones con argumentos tales como: la diferencia entre libertad y autonomía, el valor de la vida humana, la actualidad de los cuidados paliativos, el efecto de contagio del suicidio asistido, la discriminación social implícita en la eutanasia, la mutua dependencia y responsabilidad entre

personas, la vulneración del principio de no maleficencia, el argumento de la pendiente resbaladiza, la ética del cuidado y el ejercicio debido de la misericordia.

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte
Coordinadora editorial
Universidad Anáhuac México, Facultad de Bioética, México
<https://orcid.org/0000-0001-9600-445X>

INTRODUCTION

As we continue to resume daily activities on a regular basis and question the legality and ethics of interventions on life and health, we realize that in this new year special importance is given to the progressive regularization of central topics and general bioethics.

As noted above, this issue presents three topics that analyze and reflect on bioethical dilemmas at the beginning of life; the first on emerging technologies; the second on the ethical principles of medical research and a third on other dilemmas in medical practice. Two reviews are also presented that describe bioethical problems which require an analysis in the light of current events.

Grimaux and Paez in the first article of this issue of *Medicina y Ética*, raise a debate on interventions for the treatment of gender dysphoria in adolescents, specifically, the controversy that exists in the suppression of puberty.

The authors' starting point affirm that gender dysphoria is classified as a mental illness due to the high level of anguish that it generates in those who suffer from it, caused in turn by social rejection. They consider that this situation mentioned above puts adolescents who suffer from it at serious risk, since it leads to severe depression, self-inflicted damage, anxiety and isolation.

The authors outline three intervention models for gender dysphoria: a) therapeutic, b) watchfull waiting and c) affirmative model. On the other hand, describe two therapies for its treatment: a) accompanying psychological therapy and b) suppressive therapies of puberty.

The main dilemma addressed in the article is that puberty suppression therapies may carry significant long-term risks that are not yet fully understood. This, coupled with the fact that most cases return to the original conception of their gender after a while, calls

into question the ethics of such interventions for not complying with a therapeutic principle.

In the second article that we present in this issue, Pérez Ferrer, Weingerz and Madero raise a critical issue regarding the legal invalidity of the preemptive will document in pregnant women and its subsequent reactivation once the pregnancy has been carried to term.

The problem that arises is that the invalidity annuls the principle of autonomy of the pregnant woman, denying her the right to exercise her freedom and, therefore, this postulate is criticized by the authors in order to draw attention to this matter and urge to prohibit its invalidity.

The prohibition during pregnancy is based on a desire to safeguard the life of the baby at all costs, but it lacks ethical solidity, since respecting the mother's decision not to be subjected to extraordinary means may also be compatible with medical actions aimed at saving the baby's life without trampling on the dignity of either the mother or the baby.

Therefore, prohibiting women from expressing their decision is an attack not only against the principle of autonomy but also against the principle of justice.

On the other hand, Bustos' article touches on a central theme on which no ethical reflection will suffice due to its relevance: scientific research involving human beings.

For the author, the two pillars on which bioethical principles concerning any research process that involves human beings should be built, are dignity and human rights, being the former the basis of the latter.

After affirming that the objective of medical science is to obtain impartial and true knowledge about reality, the author sets out the criteria with which a research protocol must be governed: protection of life and health, integrity, respect for self-determination, respect for privacy and the confidentiality of personal data.

All these criteria come from human dignity, from which other integrating values of research emerge such as responsibility, service, justice, peace and education.

A relevant clarification made by the author is between dignity and autonomy, stating that the former cannot and should not be subjected to the latter.

Another relevant aspect of the article in question is the detailed list that it offers on national and international documents on the regulations of research with human beings to reinforce the idea that the human person and their dignity as well as the rights of all people must be guiding principles of clinical research and never be taken as mere means.

The fourth article, written by Luca Benvenga, offers a daring consideration on transhumanism by stating that the anthropocentric and technocentric paradigms can be harmonized without generating tension between the human and the artificial.

The author proposes that the incorporation of technology to the human condition is part of the evolutionary process itself, insofar as the human being has always sought to improve his abilities, this being a natural tendency. Now, this fusion of paradigms says the author, is not exempt from ethical questions that deserve serious reflection. These are, what does it mean to be a man? what is nature? And what is a posthuman? to name a few.

Thus, the article is the result of this dialogue between bioconservatives and transhumanists.

One last article that makes up this issue is Vaquero, Marcos, Mena and Carrión's article, who present an empirically evidenced analysis of naprotechnology using Sgreccia's triangular method.

After providing current data on low fertility rates, which puts the assurance of a generational change at risk, they start from the definition of naprotechnology as a restorative science of fertility insofar as this is not a disease as such, but rather the symptom of one or other possible diseases. Its objective, therefore, is to improve the physiological conditions of the menstrual cycle to facilitate natural conception.

The authors support the success of naprotechnology in a case study carried out in Spain between the years 2015 and 2021. The

data yielding relevant information is related to the age of the couples, the history of having resorted to some reproduction technique assisted, the diagnosis, the number of children and the success rate that reaches the three hundred pregnancies from which 201 live children have been born.

On anthropological considerations, the second section of Sgrecia's method, the authors reflect on the unity of soul and body in the human person, sexuality beyond genitality.

Regarding ethical considerations, we reflect on the good that a child represents, the care and protection of the right to physical health, the good of marital health and the spiritual good of man.

The first review, written by Dr. Garibay, carries out an ethical reflection on various topics such as the embryo, abortion, assisted reproduction techniques, genetic manipulation and cloning. An outstanding reflection that the author notes is the invitation made by Dr. de la Torre Díaz on the pre-implantation embryo and on the vulnerability of both the mother and the baby about abortion. Likewise, the invitation not to make moral judgments but rather to offer education and guidance is highlighted.

The second review presented by Dr. Gómez Álvarez deals with the book compiled by Dr. Carreño on euthanasia and assisted suicide where various arguments from different authors are presented; all of them opposing those actions with arguments such as: the difference between freedom and autonomy, the value of human life, the relevance of palliative care, the contagious effect of assisted suicide, the implicit social discrimination in euthanasia, the mutual dependence and responsibility between people, the violation of the principle of non-maleficence, the slippery slope argument, the ethics of care and the due exercise of mercy.

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte
Editorial Coordinator
Anahuac University Mexico, Bioethics Faculty, Mexico
<https://orcid.org/0000-0001-9600-445X>

Dilemas éticos relacionados con la supresión de la pubertad

Ethical dilemmas related to puberty suppression

María Guadalupe Grimaux*
Universidad Austral, Pilar, Argentina

Gustavo Paez**
Universidad Austral, Pilar, Argentina

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.01>

Resumen

La disforia de género pediátrica es una patología psiquiátrica cuya incidencia ha crecido significativamente. Se han propuesto diversas terapias, pero aún no hay consenso sobre la conducta a seguir en estos casos. Uno de los tratamientos sugeridos es la supresión de la pubertad, cuyo objetivo es el de disminuir la angustia del niño que padece esta patología. Sin embargo, este tratamiento ha generado diversos dilemas éticos que todavía no han sido despejados. Por este motivo, basándonos en la evidencia actual, no parece prudente su indicación existiendo otras alternativas terapéuticas que no despiertan controversias.

Palabras clave: disforia, género, bioética.

* Especialista en Clínica Médica. Miembro del Departamento de Bioética de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, Pilar, Argentina. Magíster en Bioética por la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Correo electrónico: mgrimaux@austral.edu.ar <https://orcid.org/0000-0002-7594-5610>

** Miembro del Departamento de Bioética de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, Pilar, Argentina. Magíster en Bioética y Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Correo electrónico: gpaez@austral.edu.ar <https://orcid.org/0000-0003-3862-7426>

Recepción: 12/01/2022 Aceptación: 26/07/2022

1. Introducción

La “disforia de género” es definida por la *American Psychiatric Association* (APA) como “malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado” (1). Este concepto cobró notoriedad cuando fue incluido en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-5) en reemplazo de “trastorno de identidad de género”, que figuraba en la anterior edición (2).

Como expresa *The World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), algunas personas experimentan disforia de género a un nivel tal que la angustia cumple los criterios para un diagnóstico formal que podría clasificarse como un trastorno mental. Tal diagnóstico no es una licencia para la estigmatización o la privación de derechos civiles y humanos (3). Se trata de un problema que experimenta una persona, y se apunta a aliviar la angustia que esa persona vive, especialmente causada por el rechazo que suele sufrir por parte de los demás (4).

Es un fenómeno que siempre existió, aunque la terminología sea más reciente. La incidencia de esta patología ha ido en aumento con una prevalencia actual de 0,002-0,003% en mujeres y de 0,005-0,014% en varones (1). Se da tanto en niñas y niños, adolescentes y adultos. Es un tema amplio y complejo que está todavía en estudio.

Los niños y adolescentes que sufren la disforia de género al comienzo de una pubertad que ellos experimentan como equivocada, tienen alto riesgo de depresión, ansiedad, aislamiento y daño autoinfligido (5).

El presente artículo se enfoca en la disforia de género en niñas y niños, y en las terapias propuestas para tratarla. Se excluirá la disforia de género que se presenta en pacientes con trastornos del desarrollo sexual ya que es un caso que tiene características propias. Entre los tratamientos propuestos, nos centraremos en la supresión de la pubertad. Analizaremos las posturas de quienes promueven esta alternativa y de algunos autores que encuentran prevenciones a la hora de

tomar una decisión. Los dilemas bioéticos que presenta este tratamiento se ven también reflejados en las controversias jurídicas que se pueden encontrar en diversos países.

Para simplificar la lectura, al mencionar “niños” nos estaremos refiriendo a todas las niñas y niños, en edad anterior a la adolescencia.

2. Disforia de género pediátrica

2.1. Diagnóstico

El DSM-5 considera que la disforia de género en niños es “una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio 1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los niños (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las niñas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los niños (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las niñas

(sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento” (1).

2.2. Pronóstico

En el caso de los pacientes pediátricos, la WPATH expresa que una diferencia importante entre los niños y los adolescentes con disforia de género es la proporción en la que ésta persiste hasta la edad adulta. En estudios de seguimiento de niños varones prepúberes que fueron remitidos a clínicas para evaluación de la disforia de género, ésta continuó hasta la edad adulta sólo en el 6-23% de los casos. Otros estudios que también incluían niñas mostraron una persistencia del 12-27 % (3). Es decir, para la mayoría de los niños, la disforia remite sin tratamiento, aunque la tendencia señala un aumento de persistencia. Algunos estudios sostienen que esa fluctuación se mantiene incluso en adultos jóvenes (6).

2.3. Trastornos psiquiátricos asociados

Es frecuente que los niños con disforia de género tengan otros trastornos psiquiátricos coexistentes como ansiedad y depresión (7). Por otro lado, la prevalencia de los trastornos del espectro autista parece ser más alta en los niños con disforia de género que en la población general (8,9). También se ha comprobado que tienen mayor tendencia al uso de drogas ilícitas, trastornos en la conducta alimentaria, auto agresiones e intento de suicidio (10). Es por ello por lo que se exigen los siguientes conocimientos a los profesionales de la salud

mental que evalúan, derivan y ofrecen terapia a niños con disforia de género: a) cumplir con los requisitos de competencia para los profesionales de la salud mental que trabajan con adultos; b) estar formados en psicopatología del desarrollo infantil y adolescente; y c) ser competentes en el diagnóstico y tratamiento de los problemas cotidianos de los niños y adolescentes (3).

La teoría del *minority stress*, desarrollada originalmente teniendo en cuenta la experiencia de las personas LGB (lesbianas, *gays*, bisexuales) y luego extendida a personas transgénero, sostiene que las personas LGBT (lesbianas, *gays*, bisexuales y transexuales) experimentan tasas más altas de mala salud mental a causa de la discriminación y otras formas de estigma. Sin embargo, la teoría no toma en cuenta el hecho de que los adolescentes de minorías de género pueden experimentar disforia de género, generando mayor vulnerabilidad para padecer trastornos mentales, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo (11).

2.4. Pautas terapéuticas

Existen tres enfoques distintos para tratar la disforia de género, cada uno de ellos apoyado en un paradigma clínico propio. Los describiremos brevemente:

- a) *Modelo terapéutico*: fue el modelo inicial. Procura disminuir la disforia de género. Sostiene que la posibilidad de transgénero conlleva dificultades físicas, psíquicas y sociales (12). Considera los factores biológicos como posibles factores predisponentes para la expresión de un fenotipo de identidad de género particular, pero no como factores determinantes que conducen de manera invariable a una cierta identidad de género a lo largo del desarrollo. Los factores psicosociales, de cognición social, la psicopatología asociada y los mecanismos psicodinámicos se pueden conceptualizar como predisponentes, precipitantes o perpetuadores (13).

- b) *Watchful waiting*: acompaña al niño y su familia, y permite el desarrollo de la identidad de género de manera natural. Se aconseja mantener las distintas opciones de identidad de género abiertas, pero evitando dentro de lo posible una transición social temprana (cambio de nombre, vestuario, etc.). Prefiere esperar hasta la adolescencia para realizar la trayectoria de reasignación de sexo (transición social, tratamiento hormonal, etc.) (14).
- c) *Modelo afirmativo*: los cambios de la identidad de género se suelen considerar como válidos y deseables por lo que se busca afirmar la identidad de género percibida por el niño. Se permite y ayuda a los niños a realizar una transición social temprana (en vestuario, nombre, etc.) si lo desean, después de una consejería caso a caso. Una vez llegada la adolescencia se ofrece a los jóvenes la supresión de la pubertad y el tratamiento hormonal cruzado (15).

Con respecto a la comparación de los enfoques terapéuticos alternativos, la *APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder* no encontró estudios aleatorizados (APA nivel A) o estudios longitudinales no aleatorizados adecuadamente controlados (APA nivel A-), y muy pocos estudios de seguimiento sin un grupo de control con (APA nivel B) o sin (APA nivel C) una intervención. La mayoría de la evidencia disponible se deriva de revisiones cualitativas (nivel F de la APA) y estudios de casos individuales sistemáticos experimentales que no encajan en el sistema de clasificación de evidencia de la APA (16).

Por ese motivo, no se llegó a un consenso más que en los siguientes puntos:

- 1) Evaluación y diagnóstico DSM preciso del niño remitido por cuestiones de género, incluido el uso de cuestionarios validados y otros instrumentos de evaluación validados para evaluar la identidad de género, el comportamiento de roles de género y disforia de género.

- 2) Diagnóstico de cualquier condición psiquiátrica coexistente en el niño y velar por su tratamiento apropiado o derivación.
- 3) Identificación de preocupaciones de salud mental en los cuidadores y dificultades en su relación con el niño; asegurarse de que se abordan adecuadamente.
- 4) Proporcionar psicoeducación y asesoramiento adecuados a los cuidadores para permitirles elegir un curso de acción y dar su consentimiento plenamente informado para cualquier tratamiento elegido.

Puede observarse que se trata de lineamientos generales, debido a la falta de consenso entre los integrantes del *Task Force*. Las opiniones varían ampliamente entre los especialistas, apoyados en teorías sobre la identidad de género que son ampliamente debatidas (17). El tema es muy complejo y multifactorial, y todavía existe poco conocimiento científico sobre la etiología de la disforia de género (18). Se han hecho investigaciones sobre factores psicosociales y biológicos, incluidas las características de la relación entre padres e hijos, exposición a hormonas sexuales en el útero, patrones de activación y anatomía del cerebro y variaciones genéticas (19). Debido a la escasa evidencia científica todavía existen diversas opiniones y un extenso debate en torno al tratamiento que debe sugerirse en un paciente con disforia de género.

3. Tratamientos empleados con niños y niñas

3.1. Terapia psicológica

Está indicado realizar una evaluación psicodiagnóstica y psiquiátrica, que cubra las áreas del funcionamiento emocional, las relaciones sociales y el funcionamiento intelectual/rendimiento escolar (3,20).

Las terapias más usuales son: a) psicoterapia psicoanalítica o psicodinámica orientada al conocimiento; b) psicoterapia basada en protocolos como la modificación de la conducta; c) terapia centrada en

las relaciones entre padres y compañeros y grupos terapéuticos para padres e hijos (21) y; d) grupos de apoyo para cuidadores primarios, educación comunitaria a través de sitios web y conferencias, planes de estudios escolares y campamentos de verano para jóvenes especializados (3).

Muchas veces la atención se dirige en primer lugar a los cuidadores del niño (en especial, los padres) a través de la psicoeducación y la orientación para la modificación de la conducta y el desarrollo de la resiliencia en el niño y las medidas que tiendan a evitar el acoso escolar (12). Aunque los padres tengan una actitud de apoyo al niño, pueden adoptar al principio una postura de rechazo ocasionada por el miedo o la ignorancia, que no facilite la confianza del hijo y, por lo tanto, no lo puedan ayudar.

Tobin *et al.* proponen un modelo ecológico para describir los riesgos de la vulnerabilidad biopsicosociológica y los factores de protección de la salud mental de los “géneros de la minoría” (transgénero y de no conformes con su género). Proponen que grupos de apoyo faciliten la eliminación de esos riesgos, para que los adolescentes se encuentren en un ámbito familiar, comunitario y social que favorezca el desarrollo del género percibido por el joven (11).

Todos los tratamientos psicológicos se encuentran orientados a lograr una mejoría de la salud psicosocial del paciente con disforia de género. Sin embargo, existen opiniones encontradas en cuanto al modo a la forma de alcanzar este objetivo, especialmente con respecto a si la minimización de los comportamientos atípicos de género y la prevención del transexualismo deben formar parte o no de la terapia (12).

3.2. La supresión de la pubertad

El inicio de la pubertad endógena femenina o masculina para muchos niños que no se identifican con su género es una experiencia dolorosa y a veces traumática. El desarrollo del propio cuerpo que el joven experimenta como “incorrecto” puede conducir a la perma-

nencia de la incongruencia de género y puede desencadenar resultados psicosociales negativos (4).

El uso de agonistas GnRH con el propósito de suprimir la pubertad endógena y, así evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados, es una estrategia relativamente nueva en el enfoque para tratar niños con disforia de género. Iniciada principalmente por un equipo de especialistas en género en los Países Bajos, la supresión de la pubertad es un recurso cada vez más usado en muchas clínicas de género en todo el mundo (22). El objetivo clínico es disminuir la ansiedad que provocan los cambios propios de la pubertad y, dar más tiempo para conocer su propio género (23). Quienes sostienen este método, afirman que es un tratamiento esencialmente reversible y que, de ese modo, se está dando un paso en el respeto a las dinámicas cambiantes del desarrollo de la niñez (24).

Oslon y Garofalo (5) recomiendan este método en el inicio del desarrollo puberal, con el asesoramiento de profesionales de la salud mental entrenados en psicología infantil y con habilidades en cuestiones de género. La recomendación del WPATH para comenzar a utilizar esta terapia es que los niños se encuentren en el inicio de la pubertad, lo que corresponde al estadio 2 de Tanner. Cabe aclarar que algunos niños pueden llegar a este período a los 9 años.

Se encuentran publicados estudios que muestran una disminución de la angustia y otros síntomas psicológicos en adolescentes luego de esta intervención. Sin embargo, también reconocen que los efectos del tratamiento no han sido suficientemente investigados (25). Entre ellos encontramos un estudio de 70 niños con disforia de género sometidos a la supresión de la pubertad que mostró efectos positivos. Por el contrario, Butler *et al.* afirman que el impacto en la reducción de las dificultades psicológicas es limitado (24). Cabe señalar que el bien del paciente y la centralidad de la persona deberían ser considerados antes de proponer un tratamiento que incluso desde un punto de vista científico no presenta suficiente evidencia.

Algunos autores, como Day *et al.* remarcan el riesgo de suicidio y el malestar de los pacientes con disforia de género. Estos autores refieren que existe una gran cantidad de factores que afectan a la

salud psicológica de estos pacientes y lo ejemplifican a través de un caso. Presentan una paciente de 13 años de edad que recibió un tratamiento hormonal para cambio de género a temprana edad por disconformidad con su género. Posteriormente, la misma paciente expresa su deseo de suspender el tratamiento por no lograr mejorar su angustia. En ambos casos llegó a la idea de suicidio (26). Otros autores mencionan que en muchos casos que han sido tratados médicamente, puede persistir la idea de suicidio (18).

Temple-Newhook *et al.* hicieron un seguimiento de estudios sobre niños transgénero y no conformes con su género. Estos autores se apoyan en los resultados de los niños con disforia de género que finalmente persisten en su género de nacimiento para sostener que se trata de una realidad muy compleja, en la que ni siquiera se podría hablar de “persistir” o “desistir” en el género. Les parece inadecuada esa manera de describir una realidad que, en algunos casos, tendría una evolución más fluida (27).

3.2.1. Dilemas en torno a la supresión de la pubertad

Si bien el método de la supresión de la pubertad se está extendiendo en la práctica para niños con disforia de género, no faltan algunas prevenciones por parte de aquellos que han contrastado lo afirmado por las diferentes teorías con la experiencia en la atención médica:

- López y González señalan los siguientes efectos secundarios de la supresión puberal:
 1. Problemas relacionados con el desarrollo de la masa ósea y del crecimiento.
 2. Posibilidad de afectar la fertilidad.
 3. Capacidad de provocar una falta de desarrollo de los genitales externos que podría comprometer una futura reasignación quirúrgica.
 4. La sospecha de que estos tratamientos pueden tener consecuencias negativas en el desarrollo neurológico (28).

- La alta tasa de niños con disforia que luego persisten en su género de nacimiento (29) lleva a considerar que este tratamiento puede resultar desproporcionado, más todavía si se tiene en cuenta el desconocimiento de futuros riesgos físicos y psicológicos. Este aspecto se acentúa si se tiene en cuenta que el género de los niños fluctúa aún hasta la adolescencia (30). El efecto buscado de aliviar la ansiedad de esos niños se lograría con el apoyo de los profesionales de salud mental y de otras especialidades. De hecho, el apoyo de orientadores y consejeros a quienes sufren esta situación está ampliamente recomendado (31).
- La escasa edad del paciente para consentir en un tema que puede afectar al resto de su vida (32). Si bien los padres del niño también intervienen en la decisión, es probable que el niño no tenga capacidad para valorar las consecuencias del tratamiento.
- Hruz *et al.* (33) advierten que se deberían revisar cuidadosamente las afirmaciones acerca de la supuesta reversibilidad del método. Según ellos, en biología del desarrollo tiene poco sentido hablar de reversibilidad: si el niño o niña no desarrolla ciertas características durante su adolescencia, que luego lo haga a mayor edad no significa que ha revertido, porque se ha producido una disrupción en el proceso, que afecta al joven en diversos aspectos psicológicos y psicosociales (33). Tampoco se conocen los efectos físicos que esta disrupción puede ocasionar en el desarrollo del niño o adolescente. Cabe destacar que el artículo de Hruz *et al.* ha sido citado en numerosas publicaciones lo cual da entender que sus observaciones son relevantes para la temática en estudio.
- En algunos casos, el manejo de la ansiedad en niñas o niños con disforia se podría lograr con medios más simples (por ejemplo, se podría evitar la menstruación por medio de un progestágeno continuo como la noretisterona y los tratamientos tópicos como la crema de eflornitina pueden ayudar a reducir el crecimiento de vello facial y corporal no deseado (23). Estos estudios apoyan la idea de que con una identifi-

cación temprana, terapia psicológica y apoyo de la familia y amigos, los jóvenes con disforia pueden llegar a la edad adulta con una reducción de las secuelas psicológicas.

4. Discusión ética: ¿es la supresión de la pubertad un tratamiento aconsejable para los niños con disforia de género?

La disforia de género es un trastorno que todavía no está suficientemente estudiado. Este fenómeno provoca el llamado “*stress* de las minorías de género”. Cuando ocurre en niños, la investigación es aún más escasa y, debido a la falta de evidencia científica, no existe acuerdo sobre cuál es la mejor conducta por seguir. Todos los especialistas coinciden en que se debe ofrecer una solución efectiva a este problema que afecta significativamente la calidad de vida de los niños que lo padecen. Sin embargo, al plantear los tratamientos posibles, las diversas opciones son radicalmente distintas. Existe plena coincidencia en que el objetivo general del tratamiento psicoterapéutico para la disforia de género infantil es optimizar la salud psicosocial y el bienestar del niño. La controversia radica en qué es lo que se debe indicar para promover ese bienestar (32).

Quienes defienden una postura bioética personalista considerarán que lo adecuado no puede ir en contra de lo que la persona es. Es decir, sostendrán que el objetivo de los tratamientos debe apuntar a lograr una armonía entre psicológico y lo físico (34). Por otro lado, quienes sostienen que la autonomía debe estar por encima de cualquier otro principio, afirmarán que cualquier método es aceptable en cuanto respete esa autonomía, independientemente de los datos biológicos (35). El objetivo de este artículo no es tomar una postura sino plantear la situación y las contradicciones que presenta.

Como hemos visto más arriba, la supresión de la pubertad en la infancia es uno de los tratamientos propuestos para mejorar la calidad de vida del niño con disforia de género. Sin embargo, este tratamiento trae consigo una serie de dilemas éticos que deben ser consi-

derados a la hora de indicar una conducta terapéutica. Desde un punto de vista ético hay controversia entre quienes consideran éticamente ilícito el cambio de identidad sexual y quienes lo consideran moralmente adecuado. Dentro de quienes apoyan el cambio de género, existen también controversias en cuanto a la indicación y eficacia de la supresión de la pubertad en la infancia (26,32,36). Los posibles efectos adversos a nivel físico (32), el cuestionamiento en cuanto a su presunta reversibilidad, las posibles consecuencias psicológicas que podría acarrear esta terapia, sumados a la escasa evidencia científica en torno a la eficacia (36), seguridad y riesgos que presenta (26), hacen que el profesional de la salud que debe aconsejar al paciente y su familia, realmente se cuestione si no existe otra alternativa terapéutica que permita alcanzar una adecuada salud psicosocial sin los dilemas que trae consigo esta terapia. Este planteamiento tiene aún mayor relevancia cuando la evidencia demuestra que la disforia de género remite sin tratamiento en la mayoría de los niños (32) ¿Es lícito ofrecer a un niño un tratamiento que implica el cambio de identidad con consecuencias físicas para tratar una enfermedad psiquiátrica? ¿Es lícito ofrecer a un niño una terapia con riesgos cuando se conoce que la inmensa mayoría remiten sin tratamiento?

Sumado a lo anterior, el otro gran dilema ético que enfrenta la supresión de la pubertad es la falta de autonomía del niño para tomar una decisión tan trascendente, no exenta de riesgos y efectos adversos (32). La falta de un consentimiento informado por parte del paciente, ya que éste carece de la capacidad suficiente para comprender todo lo que implica y, es incapaz de considerar todas las aristas y consecuencias de su decisión (32), lleva a que este tratamiento encuentre grandes reparos entre los especialistas que tratan niños con disforia de género. ¿Es lícito aceptar la solicitud del cambio de género en un paciente que todavía no tiene la capacidad para comprender las consecuencias de sus decisiones? ¿Sería verdaderamente autónoma esa decisión? Si bien los padres intentan buscar el bien de su hija o hijo, al optar por este método, estarían afectando seriamente el futuro del niño (32). Al igual que en otras situaciones que afectan al niño, sería esperable que los padres optaran por el que ofrece más

respaldo científico y, por lo tanto, menos riesgos para el hijo. El niño manifiesta su problema, pero a esa edad no tiene capacidad de elegir cómo aliviarlo.

En este contexto vale la pena cuestionarse, ¿es la mejor solución cambiar la identidad del niño —su cuerpo, su nombre, entre otros— para que la mente del niño no sufra? ¿No sería más lógico ayudar a la mente del niño para que no sufra con su propia identidad? Si lo que se encuentra afectada es la salud psicológica del niño por no aceptar su propia identidad, ¿no sería una alternativa válida el tratamiento psicológico del niño para que intente aceptarse tal y como es? Es un camino distinto al que parece encontrar más cabida en algunas posturas de la actual práctica médica. Sin embargo, cabe analizarlo ya que podría ser una solución más sencilla, con menos riesgos, menos efectos adversos, y más conforme al propio modo de ser del niño.

5. Conclusiones

A lo largo de este artículo hemos presentado las distintas opiniones en torno a la supresión de la pubertad. Esta terapia tiene como objetivo disminuir la angustia del niño que padece disforia de género. Sin embargo, este tratamiento ha generado diversos dilemas éticos que todavía no han sido despejados. Por este motivo, basándonos en la evidencia actual, no parece prudente su indicación existiendo otras alternativas terapéuticas que no despiertan controversias.

Referencias

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Médica Panamericana [consultado 21 noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
2. Davy Z. The DSM-5 and the Politics of Diagnosing Transpeople. Arch Sex Behav. 2015; 44:1165-1176. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0573-6>

3. WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People [Internet] [consultado 21 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf?t=1605186324>
4. Zou Y, Szczesniak R, Teeters A, Conard L, Grosseohme D. Documenting an epidemic of suffering: low health-related quality of life among transgender youth. *Quality of Life Research*. 2018; 27:2107-2115. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1839-y>
5. Olson J, Garofalo R. The peripubertal gender-dysphoric child: puberty suppression and treatment paradigms. *Pediatr Ann*. 2014; 43(6):e132-7. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-08>
6. Zucker K. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017; 14(5):404-411. <https://doi.org/10.1071/SH17067>
7. Wallien M, Swaab H, Cohen-Kettenis P. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(10):1307-1314. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181373848>
8. de Vries A, Noens I, Cohen P, van Berckelaer I, Doreleijers T. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*. 2010; 40(8):930-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
9. van der Miesen A, de Vries A, Steensma T, Hartman CA. Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J Autism Dev Disord*. 2018; 48(5):1537-1548. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3417-5>
10. Sevlever M, MeyerBahlburg H. LateOnset Transgender Identity Development of Adolescents in Psychotherapy for Mood and Anxiety Problems: Approach to Assessment and Treatment. *Arch Sex Behav*. 2019; 48(7):1993-2001. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1362-9>
11. Tobin V, Bockting WO, Hughes T. Mental Health Promotion for Gender Minority Adolescents. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018; 56(12):22-30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180601-02>
12. Zucker K, Wood H, Singh D, Bradley S. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex*. 2012; 59(3):369-97. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
13. Cox P, Carrasco M. Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: dos concepciones distintas sobre la identidad de género. *Pers Bioet*. 2020; 24(1):57-76. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.5>
14. De Vries A, Cohen-Kettenis P. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex*. 2012; 59(3):301-20. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
15. Hartman L, Widdershoven G, de Vries, A. Integrative Clinical Ethics Support in Gender Affirmative Care: Lessons Learned. *HEC Forum*. 2019; 31:241-260. <https://doi.org/10.1007/s10730-019-09376-6>
16. APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Report of the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Am J Psychiatry*. 2012; 169:8. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>

17. Simons L, Leibowitz S, Hidalgo M. Understanding gender variance in children and adolescents. *PediatrAnn*. 2014;43(6):e126-e131. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-07>
18. Saleem F, Rizvi S. Transgender Associations and Possible Etiology: A Literature Review. *Cureus*. 2017; 9(12):e1984. <https://doi.org/10.7759/cureus.1984>
19. Simons L, Leibowitz S, Hidalgo M. Understanding gender variance in children and adolescents. *Pediatr Ann*. 2014; 43(6):e126-31. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-07>
20. de Vries A, Steensma T, Doreleijers T, Cohen-Kettenis P. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011; 8(8):2276-83. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
21. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self-child therapy. *J Homosex*. 2011; 59:337-56. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
22. James H, Chang A, Imhof R, Sahoo A, Montenegro M, Imhof N, González C, Lteif A, Nippoldt T, Davidge C. A community-based study of demographics, medical and psychiatric conditions, and gender dysphoria/incongruence treatment in transgender/gender diverse individuals. *Biol Sex Differ*. 2020; 11(1):55. <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00332-5>
23. Butler G, De Graaf N, Wren B, Carmichael P. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Arch Dis Child*. 2018; 103(7):631-636. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992>
24. Butler G, Wren B, Carmichael P. Puberty blocking in gender dysphoria: suitable for all? *Arch Dis Child*. 2019; 104(6):509-510. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315984>
25. Levitan N, Barkmann C, Richter H, Schulte M, Becker I. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28(11):1487-1498. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
26. Day D, Saunders J, Matorin A. Gender Dysphoria and Suicidal Ideation: Clinical Observations from a Psychiatric Emergency Service. *Cureus*. 11(11):e6132. <https://doi.org/10.7759/cureus.6132>
27. Temple J, Pyne J, Winters K, Feder S. A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender non-conforming children. *International Journal of Transgenderism*. 2018; 19:2,212-224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
28. López J, González C. Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género. *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(97):247-56. <https://doi.org/10.0.30444/CB.9>
29. Tollit M, Pace C, Telfer M. What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 2019; 9:e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
30. Kreukels B, Cohen P. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol*. 2011; 7(8):466-72. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>

31. James H, Chang A, Imhof R, Sahoo A, Montenegro M, Imhof N, González C, Lteif A, Nippoldt T, Davidge C. A community-based study of demographics, medical and psychiatric conditions, and gender dysphoria/incongruence treatment in transgender/gender diverse individuals. *Biol Sex Differ*. 2020; 11(1):55. <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00332-5>
32. Costa R, Carmichael P, Colizzi M. To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nat Rev Urol*. 2016; 13(8):456-62. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>
33. Hruz P, Mayer L, McHugh P. Growing Pains. Problems with Puberty Suppression in Treating Gender Dysphoria. *The New Atlantis*. 2017; 52:3-36. <https://doi.org/10.1177/0024363919873762>
34. Hernández R. Disforia de género infantil: Una reflexión ética a partir de la vulnerabilidad, la responsabilidad y la beneficencia en Colombia. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2020; 12:01-12. <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.009>
35. Frith L. The concise argument: choice, choices and the choice agenda. *J Med Ethics*. 2022; 48(1):1-2. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-108052>
36. Turban J, King D, Carswell J, Keuroghlian A. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*. 2021; 147(4):e2020049767. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049767>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Ethical dilemmas related to puberty suppression

Dilemas éticos relacionados con la supresión de la pubertad

María Guadalupe Grimaux*
Universidad Austral, Pilar, Argentina

Gustavo Paez**
Universidad Austral, Pilar, Argentina

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.01>

Abstract

Pediatric gender dysphoria is a psychiatric pathology whose incidence has increased significantly. Several therapies have been proposed, but there is still no consensus on the behavior to follow in these cases. One of the suggested treatments is the suppression of puberty, whose objective is to reduce the distress of the child suffering from this pathology. However, this treatment has generated several ethical dilemmas that have not yet been resolved. For this reason, based on the current evidence, its indication does not seem prudent since there are other therapeutic alternatives that do not arouse controversy.

Keywords: dysphoria, gender, bioethics.

* Specialist in Medical Clinic. Member of the Department of Bioethics, School of Biomedical Sciences, Universidad Austral, Pilar, Argentina. Master in Bioethics from Universidad Católica San Antonio de Murcia. E-mail: mgrimaux@austral.edu.ar <https://orcid.org/0000-0002-7594-5610>

** Member of the Department of Bioethics, School of Biomedical Sciences, Universidad Austral, Pilar, Argentina. Master in Bioethics and PhD from Universidad de Navarra. E-mail: gpaez@austral.edu.ar <https://orcid.org/0000-0003-3862-7426>
Reception: 12/01/2022 Acceptance: 26/07/2022

1. Introduction

“Gender dysphoria” is defined by the *American Psychiatric Association* as “discomfort that may accompany incongruity between the gender experienced or felt by a subject and the assigned gender” (1). This concept gained notoriety when it was included in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) replacing “gender identity disorder”, which appeared in the previous edition (2).

As expressed by the *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), some people experience gender dysphoria to such a level that distress meets the criteria for a formal diagnosis that could be classified as a mental disorder. Such a diagnosis is not a license for stigmatization or deprivation of civil and human rights (3). It is a problem experienced by a person and is aimed at alleviating the distress that person experiences, especially caused by the rejection he or she often suffers from others (4).

A phenomenon that has always existed, although the terminology is more recent. The incidence of this pathology has been increasing with a current prevalence of 0.002-0.003% in women and 0.005-0.014% in men (1). It occurs in both girls and boys, adolescents and adults. A broad and complex issue is still under study.

Children and adolescents who experience gender dysphoria at the onset of puberty that they experience as wrong are at high risk for depression, anxiety, isolation, and self-harm (5).

This article focuses on gender dysphoria in girls and boys, and the therapies proposed to treat it. Gender dysphoria that occurs in patients with disorders of sexual development will be excluded since it is a case that has its own characteristics. Among the proposed treatments, we will focus on the suppression of puberty. We will analyze the positions of those who promote this alternative and of some authors who are prevented when deciding. The bioethical dilemmas that this treatment presents are also reflected in the legal controversies that can be found in various countries.

To simplify the reading, when we mention “children” we are referring to all boys and girls before adolescence.

2. Pediatric gender dysphoria

2.1. *Diagnosis*

The DSM-5 considers gender dysphoria in children to be “a marked incongruence between one’s felt or expressed sex and one’s assigned sex, of at least six months’ duration, manifested by at least six of the following characteristics (one of which must be Criterion 1):

1. A powerful desire to be of the other sex or an insistence that he or she is of the opposite sex (or of an alternative sex other than that to which he or she is assigned).
2. In boys (assigned sex), a strong preference for cross-dressing or for simulating female attire; in girls (assigned sex), a strong preference for wearing only typically male clothes and a strong resistance to wearing typically female clothes.
3. Marked and persistent preferences for the role of the other sex or fantasies concerning belonging to the other sex.
4. A marked preference for toys, games or activities customarily used or practiced by the opposite sex.
5. A marked preference for playmates of the opposite sex.
6. In boys (assigned sex), a strong dislike of typically masculine toys, games, and activities, as well as a marked avoidance of rough play; in girls (assigned sex), a strong dislike of typically feminine toys, games, and activities.
7. A marked dislike of one’s own sexual anatomy.
8. A strong desire to possess the sexual characteristics, both primary and secondary, corresponding to the sex one feels.

The problem is associated with clinically significant distress or impairment in social, school or other important areas of functioning” (1).

2.2. *Prognosis*

For pediatric patients, the WPATH states that an important difference between children and adolescents with gender dysphoria is the rate at which gender dysphoria persists into adulthood. In follow-up studies of prepubertal boys who were referred to clinics for evaluation of gender dysphoria, gender dysphoria continued into adulthood in only 6-23% of cases. Other studies that also included girls showed a persistence of 12-27% (3). That is, for most children, the dysphoria resolves without treatment, although the trend points to an increase in persistence. Some studies maintain that this fluctuation is maintained even in young adults (6).

2.3. *Associated psychiatric disorders*

Children with gender dysphoria frequently have other coexisting psychiatric disorders such as anxiety and depression (7). On the other hand, the prevalence of autism spectrum disorders seems to be higher in children with gender dysphoria than in the general population (8, 9). It has also been shown that they have a higher tendency to use illicit drugs, eating disorders, self-injury and suicide attempts (10). Therefore, the following skills are required of mental health professionals who assess, refer and provide therapy to children with gender dysphoria: a) meet the competency requirements for mental health professionals working with adults; b) be trained in child and adolescent developmental psychopathology; and c) be competent in the diagnosis and treatment of the everyday problems of children and adolescents (3).

The *minority stress theory*, originally developed with the experience of LGB (lesbian, gay, bisexual) people in mind and later extended to transgender people, argues that LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgender) people experience higher rates of poor mental health because of discrimination and other forms of stigma. However, the theory does not consider the fact that gender minority adolescents

may experience gender dysphoria, generating greater vulnerability for mental disorders, especially in those patients with risk factors (11).

2.4 *Therapeutic guidelines*

There are three distinct approaches to treating gender dysphoria, each supported by its own clinical paradigm. We will describe them briefly:

- a) *Therapeutic model*: this was the initial model. It seeks to diminish gender dysphoria. It maintains that the possibility of transgenderism entails physical, psychological and social difficulties (12). It considers biological factors as possible predisposing factors for the expression of a particular gender identity phenotype, but not as determining factors that invariably lead to a certain gender identity throughout development. Psychosocial factors, social cognition, associated psychopathology and psychodynamic mechanisms can be conceptualized as predisposing, precipitating or perpetuating (13).
- b) *Watchful waiting*: accompanies the child and family and allows the development of gender identity in a natural way. It is advisable to keep the different gender identity options open, but to avoid an early social transition (change of name, clothing, etc.) as much as possible. It prefers to wait until adolescence to carry out the sex reassignment trajectory (social transition, hormone treatment, etc.) (14).
- c) *Affirmative model*: changes in gender identity are often seen as valid and desirable and therefore affirmation of the child's perceived gender identity is sought. Children are allowed and assisted to make an early social transition (in clothing, name, etc.) if they wish, after case-by-case counseling. Once adolescence arrives, puberty suppression and cross-hormonal treatment are offered to young people (15).

Regarding the comparison of alternative therapeutic approaches, the *APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder* found no randomized studies (APA level A) or adequately controlled nonrandomized longitudinal studies (APA level A-), and very few follow-up studies without a control group with (APA level B) or without (APA level C) an intervention. Most of the available evidence is derived from qualitative reviews (APA level F) and experimental systematic single case studies that do not fit into the APA evidence grading system (16).

For that reason, consensus was reached only on the following points:

- 1) Accurate DSM assessment and diagnosis of the gender-referred child, including the use of validated questionnaires and other validated assessment instruments to assess gender identity, gender role behavior, and gender dysphoria.
- 2) Diagnosis of any coexisting psychiatric conditions in the child and ensuring appropriate treatment or referral.
- 3) Identifying mental health concerns in caregivers and difficulties in their relationship with the child; ensuring that they are adequately addressed.
- 4) Providing appropriate psychoeducation and counseling to caregivers to enable them to choose a course of action and give their fully informed consent to any chosen treatment.

It can be noted that these are general guidelines, due to the lack of consensus among Task Force members. Opinions vary widely among specialists, supported by widely debated theories on gender identity (17). The subject is very complex and multifactorial, and there is still little scientific knowledge about the etiology of gender dysphoria (18). Research has been done on psychosocial and biological factors, including characteristics of the parent-child relationship, exposure to sex hormones in utero, patterns of brain activation and anatomy, and genetic variations (19). Due to the scarce scientific evidence, there are still diverse opinions and an extensive debate about the

treatment that should be suggested for a patient with gender dysphoria.

3. Treatments used with children

3.1. Psychological therapy

A psychodiagnostic and psychiatric evaluation is indicated, covering the areas of emotional functioning, social relationships and intellectual functioning/school performance (3,20).

The most usual therapies are: a) insight-oriented psychoanalytic or psychodynamic psychotherapy; b) protocol-based psychotherapy such as behavior modification; c) parent-peer relationship-focused therapy and parent-child therapeutic groups (21) and; d) support groups for primary caregivers, community education through websites and conferences, school curricula and specialized youth summer camps (3).

Often attention is directed first to the child's caregivers (especially parents) through psychoeducation and counseling for behavior modification and resilience building in the child and measures that tend to prevent bullying (12). Even if parents have a supportive attitude towards the child, they may initially adopt a rejecting stance caused by fear or ignorance, which does not facilitate the child's trust and, therefore, cannot help him or her.

Tobin *et al.* propose an ecological model to describe biopsychosocial vulnerability risks and protective factors for the mental health of "minority genders" (transgender and gender nonconforming). They propose that support groups facilitate the elimination of these risks, so that adolescents are in a family, community and social environment that favors the development of the gender perceived by the young person (11).

All psychological treatments are aimed at achieving an improvement in the psychosocial health of the patient with gender dysphoria. However, there are conflicting opinions as to how to achieve this

goal, especially about whether or not minimization of gender atypical behaviors and prevention of transsexualism should be part of the therapy (12).

3.2. Pubertal suppression

The onset of endogenous female or male puberty for many children who do not identify with their gender is a painful and sometimes traumatic experience. The development of one's own body that the young person experiences as "wrong" can lead to the permanence of gender incongruence and can trigger negative psychosocial outcomes (4).

The use of GnRH agonists for the purpose of suppressing endogenous puberty and thus preventing the development of unwanted secondary sexual characteristics is a relatively new strategy in the approach to treating children with gender dysphoria. Initiated primarily by a team of gender specialists in the Netherlands, pubertal suppression is a resource increasingly used in many gender clinics around the world (22). The clinical goal is to decrease the anxiety caused by pubertal changes and to allow more time to get to know one's own gender (23). Those who support this method affirm that it is an essentially reversible treatment and that, in this way, a step is being taken to respect the changing dynamics of childhood development (24).

Oslo and Garofalo (5) recommend this method at the onset of pubertal development, with counseling by mental health professionals trained in child psychology and skilled in gender issues. The WPATH recommendation to start using this therapy is that children are at the onset of puberty, which corresponds to Tanner stage 2. It should be clarified that some children may reach this period at 9 years of age.

There are published studies showing a decrease in distress and other psychological symptoms in adolescents after this intervention. However, they also recognize that the effects of the treatment have not been sufficiently investigated (25). Among them, we find a study

of 70 children with gender dysphoria undergoing pubertal suppression that showed positive effects. In contrast, Butler *et al.* state that the impact on the reduction of psychological difficulties is limited (24). It should be noted that the good of the patient and the centrality of the person should be considered before proposing a treatment that even from a scientific point of view does not present sufficient evidence.

Some authors, such as Day *et al.* point out the risk of suicide and the distress of patients with gender dysphoria. These authors refer that there are many factors that affect the psychological health of these patients and exemplify it through a case. They present a 13-year-old patient who received hormonal treatment for gender reassignment at an early age due to gender nonconformity. Subsequently, the same patient expresses her desire to discontinue the treatment for not being able to improve her distress. In both cases, she came to the idea of suicide (26). Other authors mention that in many cases that have been treated medically, suicidal ideation may persist (18).

Temple-Newhook *et al.* followed up studies on transgender and gender nonconforming children. These authors rely on the findings of children with gender dysphoria who ultimately persist in their birth gender to argue that this is a very complex reality, in which one could not even speak of “persisting” or “desisting” in gender. This way of describing a reality that, in some cases, would have a more fluid evolution, seems inadequate to them (27).

3.2.1. Dilemmas surrounding pubertal suppression

Although the method of suppressing puberty is spreading in practice for children with gender dysphoria, there is no shortage of some warnings by those who have contrasted what is stated by the different theories with experience in medical care:

- López and González point out the following side effects of pubertal suppression:

1. Problems related to the development of bone mass and growth.
 2. Possibility of affecting fertility.
 3. Ability to cause a lack of development of the external genitalia that could compromise future surgical reassignment.
 4. Suspicion that these treatments may have negative neuro-developmental consequences (28).
- The high rate of children with dysphoria who later persist in their birth gender (29) leads to consider that this treatment may be disproportionate, even more so if the lack of knowledge of future physical and psychological risks is considered. This aspect is accentuated if one considers that the gender of children fluctuates even up to adolescence (30). The desired effect of alleviating the anxiety of these children would be achieved with the support of mental health professionals and other specialties. In fact, the support of counselors and counselors for those suffering from this situation is widely recommended (31).
 - The low age of the patient to consent to an issue that may affect the rest of his or her life (32). Although the child's parents are also involved in the decision, it is likely that the child does not have the capacity to appreciate the consequences of treatment.
 - Hruz *et al.* (33) caution that claims about the supposed reversibility of the method should be carefully reviewed. According to them, in developmental biology it makes little sense to speak of reversibility: if the child does not develop certain characteristics during his or her adolescence, that he or she later does so at an older age does not mean that it has reversed, because there has been a disruption in the process, which affects the young person in various psychological and psychosocial aspects (33). The physical effects that this disruption may have on the development of the child or adoles-

cent are also unknown. It should be noted that the article by Hruz *et al.* has been cited in numerous publications, which gives an understanding that their observations are relevant to the subject under study.

- In some cases, the management of anxiety in girls or boys with dysphoria could be achieved by simpler means (e.g., menstruation could be prevented by continuous progestogen such as norethisterone and topical treatments such as eflornithine cream can help reduce unwanted facial and body hair growth (23). These studies support the idea that with early identification, psychological therapy, and support from family and friends, young people with dysphoria can reach adulthood with reduced psychological sequelae.

4. Ethical discussion: is pubertal suppression an advisable treatment for children with gender dysphoria?

Gender dysphoria is a disorder that has not yet been sufficiently studied. This phenomenon causes the so-called *gender minority stress*. When it occurs in children, research is even scarcer and, due to the lack of scientific evidence, there is no agreement on the best course of action to follow. All specialists agree that an effective solution should be offered to this problem, which significantly affects the quality of life of the children who suffer from it. However, when considering possible treatments, the various options are radically different. There is full agreement that the overall goal of psychotherapeutic treatment for childhood gender dysphoria is to optimize the psychosocial health and well-being of the child. The controversy lies in what should be indicated to promote that well-being (32).

Those who defend a personalist bioethical stance will consider that what is appropriate cannot go against what the person is. They will argue that the aim of treatment should be to achieve harmony between the psychological and the physical (34). On the other hand,

those who maintain that autonomy must be above any other principle will assert that any method is acceptable if it respects that autonomy, regardless of the biological data (35). The purpose of this article is not to take a position, but to present the situation and the contradictions it presents.

As we have seen above, the suppression of puberty in infancy is one of the treatments proposed to improve the quality of life of the child with gender dysphoria. However, this treatment brings with it several ethical dilemmas that must be considered when indicating therapeutic behavior. From an ethical point of view, there is controversy between those who consider the change of sexual identity ethically illicit and those who consider it morally appropriate. Within those who support gender reassignment, there are also controversies regarding the indication and efficacy of pubertal suppression in childhood (26,32,36). The possible adverse effects at the physical level (32), the questioning of its presumed reversibility, the possible psychological consequences that this therapy could entail, added to the scarce scientific evidence regarding its efficacy (36), safety and risks (26), make the health professional who must advise the patient and his family, really question whether there is not another therapeutic alternative that allows achieving an adequate psychosocial health without the dilemmas that this therapy brings with it. This approach is even more relevant when evidence shows that gender dysphoria remits without treatment in most children (32). Is it lawful to offer a child a treatment that involves a change of identity with physical consequences to treat a psychiatric illness? Is it lawful to offer a child a therapy with risks when it is known that the vast majority remit without treatment?

In addition to the above, the other great ethical dilemma faced by the suppression of puberty is the child's lack of autonomy to make such an important decision, not without risks and adverse effects (32). The lack of informed consent on the part of the patient, since he lacks sufficient capacity to understand everything that it implies and is unable to consider all the edges and consequences of his deci-

sion (32), leads to this treatment encountering great consequences. Objections among specialists who treat children with gender dysphoria. Is it lawful to accept the request for gender change in a patient who still does not have the capacity to understand the consequences of their decisions? Would that decision be truly autonomous? Although parents try to seek the good of their daughter or son, by opting for this method, they would be seriously affecting the child's future (32). As in other situations that affect the child, it would be expected that parents would opt for the one that offers more scientific support and, therefore, less risk for the child. The child manifests his problem, but at that age, he does not have the ability to choose how to alleviate it.

In this context, it is worth asking, is it the best solution to change the child's identity—his body, his name, among others— so that the child's mind does not suffer? Would it not be more logical to help the child's mind so that it does not suffer with its own identity? If what is affected were the psychological health of the child for not accepting his own identity, wouldn't a valid alternative be psychological treatment of the child so that he tries to accept himself as he is? This is a different path to the one that seems to find more room in some positions of current medical practice. However, it is worth analyzing it, as it could be a simpler solution, with fewer risks, fewer adverse effects, and more in line with the child's own way of being.

5. Conclusions

Throughout this article, we have presented the different views on pubertal suppression. This therapy aims to reduce the distress of the child suffering from gender dysphoria. However, this treatment has generated several ethical dilemmas that have not yet been cleared. For this reason, based on the current evidence, its indication does not seem prudent since there are other therapeutic alternatives that do not arouse controversy.

References

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Médica Panamericana [Accessed on 2022 Nov 21]. Available at: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
2. Davy Z. The DSM-5 and the Politics of Diagnosing Transpeople. Arch Sex Behav. 2015; 44:1165-1176. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0573-6>
3. WPATH. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People [Internet] [Accessed on 2020 Nov 21]. Available at: <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf?t=1605186324>
4. Zou Y, Szczesniak R, Teeters A, Conard L, Grosseohme D. Documenting an epidemic of suffering: low health-related quality of life among transgender youth. Quality of Life Research. 2018; 27:2107-2115. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1839-y>
5. Olson J, Garofalo R. The peripubertal gender-dysphoric child: puberty suppression and treatment paradigms. Pediatr Ann. 2014; 43(6):e132-7. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-08>
6. Zucker K. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 2017; 14(5):404-411. <https://doi.org/10.1071/SH17067>
7. Wallien M, Swaab H, Cohen-Kettenis P. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46(10):1307-1314. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181373848>
8. de Vries A, Noens I, Cohen P, van Berckelaer I, Doreleijers T. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. J Autism Dev Disord. 2010; 40(8):930-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
9. van der Miesen A, de Vries A, Steensma T, Hartman CA. Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. J Autism Dev Disord. 2018; 48(5):1537-1548. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3417-5>
10. Seveler M, MeyerBahlburg H. Late Onset Transgender Identity Development of Adolescents in Psychotherapy for Mood and Anxiety Problems: Approach to Assessment and Treatment. Arch Sex Behav. 2019; 48(7):1993-2001. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1362-9>
11. Tobin V, Bockting WO, Hughes T. Mental Health Promotion for Gender Minority Adolescents. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2018; 56(12):22-30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180601-02>
12. Zucker K, Wood H, Singh D, Bradley S. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. J Homosex. 2012; 59(3):369-97. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
13. Cox P, Carrasco M. Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: dos concepciones distintas sobre la identidad de género. Pers Bioet. 2020; 24(1):57-76. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.5>

14. De Vries A, Cohen-Kettenis P. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *J Homosex.* 2012; 59(3):301-20. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
15. Hartman L, Widdershoven G, de Vries, A. Integrative Clinical Ethics Support in Gender Affirmative Care: Lessons Learned. *HEC Forum.* 2019; 31:241-260. <https://doi.org/10.1007/s10730-019-09376-6>
16. APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Report of the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Am J Psychiatry.* 2012; 169:8. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
17. Simons L, Leibowitz S, Hidalgo M. Understanding gender variance in children and adolescents. *Pediatr Ann.* 2014; 43(6):e126-e131. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-07>
18. Saleem F, Rizvi S. Transgender Associations and Possible Etiology: A Literature Review. *Cureus.* 2017; 9(12):e1984. <https://doi.org/10.7759/cureus.1984>
19. Simons L, Leibowitz S, Hidalgo M. Understanding gender variance in children and adolescents. *Pediatr Ann.* 2014; 43(6):e126-31. <https://doi.org/10.3928/00904481-20140522-07>
20. de Vries A, Steensma T, Doreleijers T, Cohen-Kettenis P. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med.* 2011; 8(8):2276-83. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
21. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self-child therapy. *J Homosex.* 2011; 59:337-56. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
22. James H, Chang A, Imhof R, Sahoo A, Montenegro M, Imhof N, González C, Lteif A, Nippoldt T, Davidge C. A community-based study of demographics, medical and psychiatric conditions, and gender dysphoria/incongruence treatment in transgender/gender diverse individuals. *Biol Sex Differ.* 2020; 11(1):55. <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00332-5>
23. Butler G, De Graaf N, Wren B, Carmichael P. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Arch Dis Child.* 2018; 103(7):631-636. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992>
24. Butler G, Wren B, Carmichael P. Puberty blocking in gender dysphoria: suitable for all? *Arch Dis Child.* 2019; 104(6):509-510. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315984>
25. Levitan N, Barkmann C, Richter H, Schulte M, Becker I. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019; 28(11):1487-1498. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
26. Day D, Saunders J, Matorin A. Gender Dysphoria and Suicidal Ideation: Clinical Observations from a Psychiatric Emergency Service. *Cureus.* 11(11):e6132. <https://doi.org/10.7759/cureus.6132>
27. Temple J, Pyne J, Winters K, Feder S. A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender non-conforming children. *International Journal of Transgenderism.* 2018; 19:2,212-224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>

28. López J, González C. Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género. Cuadernos de Bioética. 2018; 29(97):247-56. <https://doi.org/10.0.30444/CB.9>
29. Tollit M, Pace C, Telfer M. What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. BMJ Open. 2019; 9:e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
30. Kreukels B, Cohen P. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. Nat Rev Endocrinol. 2011; 7(8):466-72. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>
31. James H, Chang A, Imhof R, Sahoo A, Montenegro M, Imhof N, González C, Lteif A, Nippoldt T, Davidge C. A community-based study of demographics, medical and psychiatric conditions, and gender dysphoria/incongruence treatment in transgender/gender diverse individuals. Biol Sex Differ. 2020; 11(1):55. <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00332-5>
32. Costa R, Carmichael P, Colizzi M. To treat or not to treat: puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. Nat Rev Urol. 2016; 13(8):456-62. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>
33. Hruz P, Mayer L, McHugh P. Growing Pains. Problems with Puberty Suppression in Treating Gender Dysphoria. The New Atlantis. 2017; 52:3-36. <https://doi.org/10.1177/0024363919873762>
34. Hernández R. Disforia de género infantil: Una reflexión ética a partir de la vulnerabilidad, la responsabilidad y la beneficencia en Colombia. Revista Iberoamericana de Bioética. 2020; 12:01-12. <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.009>
35. Frith L. The concise argument: choice, choices and the choice agenda. J Med Ethics. 2022; 48(1):1-2. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-108052>
36. Turban J, King D, Carswell J, Keuroghlian A. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. Pediatrics. 2021; 147(4):e2020049767. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049767>

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Directrices anticipadas durante el periodo de gestación. Aspectos bioéticos y normatividad en México

Advance directives during gestation. Bioethical aspects and legislation in Mexico

Lorena Andrea Pérez Ferrer*

Directora de Bosques FertilityCare Services,
Ciudad de México, México

Samuel Weingerz Mehl**

Presidente del Comité Hospitalario de Bioética y de Ética en Investigación,
Ciudad de México, México

Rodrigo Madero Mesa***

Islas, Moya, Salinas y Madero,
Ciudad de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.02>

* Médico bioeticista especialista en NaPro Tecnología, Fertilidad y Reproducción Humana. Correo electrónico: bionapromex@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3535-2650>

** Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, adjunto a la Dirección de Enseñanza e Investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Correo electrónico: bioeticaweingerz@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-2144-3201>

*** Abogado penalista, maestro en Derechos Humanos, Juicio de Amparo y Derecho Procesal Penal. Correo electrónico: rmadero@imsm.mx
<https://orcid.org/0000-0002-8587-2427>

Recepción: 08/04/22 Aceptación: 18/07/2022

Resumen

Las directrices anticipadas aún no se encuentran legisladas en todos los estados de la República mexicana. En algunos de los estados en los que sí se encuentran legisladas, se prohíbe expresamente su validez durante el periodo de gestación. Lo anterior representa dilemas bioéticos y jurídicos importantes, los cuales revisamos para esclarecer las diversas interrogantes que surgen en materia de la protección tanto del bebé como de la madre gestante. Concluimos que existe una necesidad de desarrollar una ley federal que homologue las directrices anticipadas, garantizando una muerte digna a todos los mexicanos, y que establezca que en caso de encontrarse en periodo de gestación, se busque asesoría por un comité de bioética que apoye a determinar en cada caso particular, las condiciones que favorezcan el desarrollo y supervivencia del bebé, siempre que sea posible, sin recurrir a tratamientos y/o medidas extraordinarias que pongan el riesgo la muerte digna y libre de sufrimiento de la madre.

Palabras clave: voluntad, embarazo, enfermedad terminal, muerte digna.

1. Introducción

El presente estudio busca plantear los aspectos bioéticos involucrados particularmente en el caso de la firma de una directriz anticipada, o la ausencia de esta durante el periodo de gestación ante la muerte materna inminente; referir la normatividad actual en México frente a dichos casos, proporcionar información veraz y actualizada respecto a la relevancia que se les ha otorgado; y proponer ideas en beneficio tanto de las madres gestantes como de los bebés en gestación. Comprende un trabajo de investigación para determinar los argumentos jurídicos que motivan a la actual suspensión de las facultades de las mujeres gestantes para ejercer su voluntad anticipada.

Comienza desarrollando el principio ético de autonomía de la voluntad, el cual rige el derecho humano al libre desarrollo de la personalidad. Aborda la definición de la dignidad humana desde una perspectiva ética y jurídica, dejando a un lado algunos aspectos filosóficos, considerando que es un tema de gran amplitud. Estudia el

derecho humano a decidir sobre la propia vida y el cuerpo. Aborda los derechos de la mujer. Desarrolla los objetivos de la voluntad anticipada. Explica los aspectos bioéticos involucrados. Revisa la normatividad actual en México. Propone las intervenciones necesarias. Finalmente, concluye con la colisión de derechos que se presenta ante este debate.

Este proyecto en instancia última pretende proporcionar la información relevante y necesaria, el análisis, justificación y argumentación objetivas, para buscar nuevas propuestas, recomendaciones y sugerencias que modifiquen las legislaciones actuales, impulsar aquellas iniciativas de Ley de Voluntad Anticipada que se encuentran en proceso en algunas entidades federativas, y promover la legislación en aquellas entidades federativas en las cuales aún no se cuenta con dicha ley para favorecer la ortotanasia.

La ortotanasia se define etimológicamente como *muerte digna*, es “aquel tratamiento médico que disminuye el dolor de un paciente terminal, pero no acelera la muerte ni trata de prolongar su vida” (1).

Directriz o voluntad anticipada es el documento en el que se declara de manera unilateral la voluntad efectuada por una persona mayor de edad o emancipada y con plena capacidad cognitiva, mediante el cual, privilegiando el principio de autonomía, señala de manera anticipada qué es lo que desea para sí, en relación con los tratamientos y cuidados de salud en caso de presentar una enfermedad terminal e irreversible derivada de un proceso natural o como consecuencia de un accidente fortuito.

La finalidad de una directriz anticipada es respetar el momento natural de la muerte, no pretende acortar o prolongar la vida, y busca fomentar la atención y cuidados paliativos al final de la vida, para lograr una muerte digna.

De acuerdo con la Secretaría de Salud del Estado de México (2), se persiguen seis objetivos a través de la firma de voluntades anticipadas, los cuales se enumeran a continuación:

1. Asegurar que los pacientes en situación terminal sean tratados como seres humanos vivos hasta el final de sus días.

2. Respetar la voluntad del paciente.
3. Respetar su dignidad como persona.
4. Darle trato humano en todo momento.
5. Disminuir el sufrimiento.
6. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas.

El documento en referencia puede firmarse ante un notario público, incluso sin estar enfermo o haber sufrido un accidente. En instituciones de salud privadas, públicas y sociales se otorga un formato para la firma de directriz anticipada. Muchos son los escenarios en los que se puede requerir una directriz anticipada. En el presente trabajo el interés es particularmente para el caso de la firma de directrices anticipadas en el embarazo, ya sea que la firma se lleve a cabo durante el periodo de gestación, o que la voluntad se haya firmado previamente, pero sea ejecutada durante el periodo de gestación, momento durante el cual la voluntad de la madre no sólo repercute en su propia vida, también tiene un efecto directo en la vida del bebé.

Se considera que un paciente tiene una enfermedad en fase terminal durante la etapa final de una enfermedad avanzada y progresiva, donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible, cursa con múltiples e intensos síntomas, cambiantes y multifactoriales, pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva (3). La Ley General de Salud (4) en su última reforma publicada el 22 de noviembre de 2021 en el Diario Oficial de la Federación en su artículo 166 Bis 1, define a un enfermo en situación terminal como la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Científicamente, el periodo de gestación se define como el periodo que inicia con la concepción y culmina con el nacimiento. Comienza en el momento en el que un ovocito es fecundado por un espermatozoide, y posteriormente ocurre la implantación. Se revisará brevemente el estatuto jurídico del no nacido.

La interrogante principal en el tema de interés es la siguiente:

¿Es éticamente admisible hacer valer una directriz anticipada o, por el contrario, que la misma sea inválida durante el periodo gestacional?

2. Desarrollo

Todas las personas, sin importar su edad, su condición de gestante, su género, o condición de embarazo son intrínsecamente merecedoras a los derechos humanos más fundamentales, que son la vida y la dignidad.

Lamentablemente, las muertes maternas continúan siendo un problema importante de salud pública en México. La información más reciente presentada en la Semana Epidemiológica 52 del año 2021 por la Secretaría de Salud (5), reporta una razón de mortalidad materna de 53.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados.

Las principales causas de defunción materna actualmente reportadas se aprecian en la Tabla 1:

Tabla 1. Causas de defunción materna

1. COVID-19. Registran 442 casos (42.7%) con virus SARS-CoV-2 confirmado.
2. COVID-19. Virus no identificado 23 casos (2.2%).
3. Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos que complican el embarazo, parto y puerperio (11.6%).
4. Hemorragia obstétrica en embarazo, parto y postparto 107 casos (10.3%).
5. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio 53 casos (5.1%).
6. Aborto 43 casos (4.2%).
7. Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, parto y puerperio 39 casos (3.8%).
8. Sepsis y otras enfermedades puerperales 21 casos (2.0%).
9. Embolia obstétrica 18 casos (1.7%).
10. Trauma obstétrico 6 casos (0.6%).

Fuente: Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. 2021; (52)38.

Las entidades con más defunciones maternas actualmente son: Estado de México, Puebla, Veracruz, Jalisco y Chiapas. En conjunto suman el 37.5% de las defunciones registradas.

La Ciudad de México fue la primera entidad de la nación en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008. Esta iniciativa ha sido aprobada en 16 estados de la República.

En el caso de directrices anticipadas durante la gestación, se considera que existen dos problemas principales y varias interrogantes que se abordarán a continuación en distintos aspectos.

En primer lugar, es de suma importancia analizar los aspectos bioéticos de la firma de una voluntad anticipada en el periodo de gestación o, por el contrario, la falta de ella. Debemos considerar que los objetivos de las directrices anticipadas se pueden ver comprometidos en el caso de mujeres gestantes, ya que están otorgando su voluntad no solamente respecto de la propia vida, sino de la vida del bebé. En el caso en que la voluntad de la madre sea prolongar su vida en beneficio de la vida del bebé, ¿Es éticamente admisible? ¿Bajo qué circunstancias? ¿Es admisible la auto cosificación o la cosificación de la madre por parte de la legislación, cuando el fin es priorizar la defensa a la vida física del bebé? ¿Qué implicaciones bioéticas se presentan cuando la Ley de Voluntad Anticipada dicta que el documento no surtirá ningún efecto hasta terminado el embarazo? ¿Las mujeres gestantes no tienen derecho a emitir su voluntad, a tener una muerte digna y sin sufrimiento? ¿Qué principio bioético debe priorizarse? ¿Se modifican las circunstancias cuando la madre puede ser donadora de órganos? ¿Debe la madre decidir sobre la vida de su bebé? ¿Debe la legislación decidirlo?

En segunda instancia, en México está contemplada la Ley de Voluntad Anticipada únicamente en algunas entidades federativas. En la actualidad, encontramos Ley de Voluntad Anticipada en la legislación estatal de Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Colima, Oaxaca, Yucatán, Tlaxcala, Ciudad de México (6), Estado de México y Sonora. Aquí surgen varias interrogantes. ¿Todas ellas contemplan el

periodo de gestación? ¿Bajo qué términos lo hacen? Entonces, ¿qué ocurre en el resto de las entidades federativas?

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su última reforma publicada el 28 de mayo de 2021 en el Diario Oficial de la Federación (7), así como las constituciones locales de las entidades federativas, otorgan una amplia protección a la autonomía de los gobernados, así como el goce de ciertos bienes indispensables y necesarios para la concreción de los planes de vida que puedan llegar a proponerse los individuos a lo largo de los años. Por ello, es de considerar que una de las principales funciones de los derechos fundamentales, es la de proteger esos bienes contra cualquier medida estatal o actuación de terceras personas que puedan afectar, de forma directa o indirecta, dicha autonomía personal, mediante el establecimiento de medios de protección o de figuras; es de este modo, que se contempla la figura del libre desarrollo de la personalidad, como una forma de protección al individuo por parte del Estado (8).

Esta figura no comprende un sólo derecho humano en específico, sino que se compone por un sector mucho más amplio abarcando derechos tales como el de la vida, la integridad física y psíquica, al honor, a la privacidad, al nombre, a la propia imagen, al estado civil y el propio derecho a la dignidad personal, constituyéndose este último como la base principal que sustenta el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Los derechos humanos fundamentales más vulnerables en el caso de las directrices anticipadas en el embarazo son el derecho a la vida, el derecho a la igualdad de género, el derecho a la igualdad ante la ley, el derecho a la autonomía y el derecho a la dignidad.

Debido a que las premisas básicas de estos derechos son la libertad y la dignidad de la persona, y su ejercicio contribuye al libre desarrollo de la personalidad, debe permitirse a todo individuo tomar sus propias decisiones en este campo siempre que tenga el suficiente discernimiento para comprender el acto que realiza. Para el eficaz ejercicio de los derechos de la personalidad basta pues que el titular de los mismos tenga lo que se denomina como “capacidad natural”,

que puede ser definida como la capacidad de entendimiento y juicio necesarias para comprender el alcance y consecuencias del acto de que se trate y adoptar una decisión responsable (9).

La autonomía de la voluntad es el principio ético que rige el derecho humano al libre desarrollo de la personalidad. La figura del derecho al libre desarrollo de la personalidad es contemplada por primera vez, a nivel constitucional, en Alemania, en la Ley Fundamental de la República Federal de Alemania, de fecha 23 de mayo de 1949, al señalar en el artículo 2.1, que “toda persona tiene el derecho al libre desarrollo de su personalidad en tanto no vulnere los derechos de otro ni atente contra el orden constitucional o la ley moral” (10); texto que se ha mantenido vigente hasta nuestros días. De la misma manera, es en este país donde se inicia su desarrollo doctrinal y jurisprudencial, siendo actualmente, el más desarrollado en la materia y por tanto referencia obligatoria.

No obstante, si bien es cierto que en nuestro país la figura del derecho al libre desarrollo de la personalidad no se encuentra señalado en forma expresa dentro de nuestra Carta Magna, lo es también que el mismo puede derivarse de forma implícita en el artículo 1º Constitucional, en su último párrafo, donde se establece que:

(...) Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas (11).

En este punto, cabe señalar que el artículo 19, párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que consagra el derecho a la seguridad jurídica, hace mención del derecho al libre desarrollo de la personalidad (...) “así como los delitos graves que determine la ley en contra de la seguridad de la nación, el libre desarrollo de la personalidad, y de la salud”.

Sin que en alguna otra parte del texto normativo constitucional se mencione dicha figura y, por ende, se regule o se establezca su irrestricta protección.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado mediante la emisión de diversos criterios que todo individuo debe de gozar de las garantías que la Constitución federal otorga, así como de los tratados internacionales, sin que puedan restringirse o suspenderse, más que en los casos y bajo las condiciones que la misma normatividad señala. Sin duda, se advierte la existencia de una voluntad constitucional por parte del Estado de asegurar y proteger el goce de los derechos fundamentales y circunscribir las limitaciones de los mismos a favor de los gobernados, ha planteado que el libre desarrollo de la personalidad es un derecho fundamental derivado del derecho a la dignidad, previsto en la Constitución federal y en los tratados internacionales, reconociendo a su vez la superioridad de la dignidad humana, al prohibir cualquier conducta que atente contra esta, partiendo del principio de que la dignidad del hombre es algo inherente a su ser y, por tanto, debe ser respetado en todo momento, pues “se trata del derecho a ser considerado como ser humano, como una persona, es decir, como ser de eminente dignidad”.

De ahí que, se deberá entender por el derecho al libre desarrollo de la personalidad, como un derecho fundamental que se constituye en la facultad que goza cada individuo para elegir de forma autónoma su forma de vivir, toda vez que el mismo proporciona la base necesaria para que cada sujeto desarrolle su individualidad, sus características singulares, a partir de su autonomía y autodeterminación, teniendo como límite la obligación de ajustarse a los lineamientos impuestos por la legislación y el respeto hacia los derechos de los demás, sin que existan intromisiones ni presiones de ningún tipo, a fin de permitirle tomar las decisiones que estime importantes en su vida (12).

De este modo, se habla de vulneración de este derecho cuando de forma irracional, le es impedido a un individuo, alcanzar o perseguir aspiraciones legítimas de su vida o valorar y escoger libremente

las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia y permiten su realización como ser humano; en atención a que debe ser el propio individuo quien decida la mejor manera de desarrollar sus derechos y de construir sus proyectos y modelos de realización personal.

Lo anterior, en razón de que nuestro orden fundamental prohíbe cualquier tipo de discriminación que atente contra el derecho a la dignidad humana, mismo, que es el principal soporte de la figura del libre desarrollo de la personalidad; es decir, se trata del reconocimiento de que todo ser humano tiene una dignidad que debe ser respetada en todo momento; es un derecho absolutamente fundamental para el ser humano, base y condición de todos los demás: el derecho a ser reconocido siempre como persona humana.

Resulta entonces necesario revisar brevemente qué se comprende por dignidad humana.

3. Dignidad Humana

El concepto de dignidad deriva del latín *dignitas*, que significa *calidad de ser digno*, es decir, *que merece algo*.

Esta palabra posee el carácter del término griego *axioma* que significa principio, un principio que por su valor solamente puede ser considerado como verdadero.

Al respecto, Santo Tomás de Aquino (13), determinó que la dignidad del hombre es un reflejo del respeto hacia Dios, debido a que fuimos hechos a imagen y semejanza de él, y, por ende, es superior a cualquier otro.

Von Wintrich (14) considera que el hombre es un ente ético-espiritual que por su naturaleza consciente y libre puede autodeterminarse, formarse y actuar sobre el mundo que lo rodea.

Por otro lado, María Cristina Fix Fierro, directora de Cooperación de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (15), refiere la dignidad de la persona como principio, y a

las características estrictas de algo verdadero por su simple valor; de tal forma, que adquiere dos vertientes: una autónoma, en la que el respeto y defensa se circunscribe por la propia condición inherente a la persona y, una relacional, en la cual en el ejercicio de los demás derechos, si hubiera una violación a esta dignidad personal, sería una violación al derecho en sí mismo” (16).

De tal modo que, para lograr la existencia de una verdadera dignidad humana, se requiere el establecimiento de condiciones, presupuestos y circunstancias que permitan al ser humano disfrutar de una calidad de vida que promueva su desarrollo físico, psicológico y moral.

Pico della Mirandola (17) en el concepto de dignidad reconoce al hombre como único poseedor de ella con plena capacidad de obrar desde su razón, capaz de decidir por sí mismo, autónomo para trazar su propio camino y seguirlo, sin depender ya del ser supremo que le creó. En otras palabras, el ser humano se convierte en el “único” poseedor de dicho derecho, por su plena capacidad de obrar desde su razón, por poder decidir por sí mismo y trazar su camino de forma autónoma. El individuo no puede ser tratado por otro como un simple instrumento, adquiriendo, en consecuencia, un determinado valor, protegido y respetado por el Estado.

Immanuel Kant (18) considera la dignidad como la idea de que una persona es un fin en sí mismo y no un medio, que siempre debemos respetar nuestra humanidad y autonomía. La dignidad reside en la libertad, la moralidad, la racionalidad y la autonomía de la voluntad.

Al respecto, María Martín Sánchez (19), señala que, como consecuencia de la estrecha conexión entre la dignidad y los derechos, debido a que la primera se encuentra dentro de todos los demás, es que se vincula a todos los derechos y libertades, considerándoles como necesarios para el desarrollo de la personalidad del individuo.

Así, la dignidad humana como derecho constitucional, se convierte en un principio general del derecho con un valor superior que la convierte en la fuente del resto de derechos, independientemente de su naturaleza y de la persona, en cuanto estos son necesarios para

el desarrollo integral de la personalidad del individuo, tomando como base “el derecho a ser reconocido y a vivir con la dignidad propia de la persona humana” (20).

El orden jurídico mexicano reconoce la dignidad humana como condición y base de los demás derechos fundamentales.

Además, aun cuando estos derechos personalísimos no se enuncian expresamente en la Constitución Política de los Estados Unidos, están implícitos en los tratados internacionales suscritos por México y, en todo caso, deben entenderse como derechos derivados del reconocimiento al derecho a la dignidad humana, pues sólo a través de su pleno respeto podrá hablarse de un ser humano en toda su dignidad (21).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (22) menciona en su preámbulo: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.” Es decir, reconoce como fundamental la dignidad, y así mismo, que los derechos sean garantizados de igual manera en todos los seres humanos.

Se llevó a cabo una reforma constitucional en junio de 2011 a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 1º, en la cual se establece ahora que lo que la Constitución hace es simplemente reconocer los derechos humanos, no otorgarlos, como se consideraba previamente. Esa es, según Miguel Carbonell, la clave para entender en México la concepción jurídica del principio de dignidad humana.

Carbonell (23) nos menciona que lo interesante de la modificación al artículo 1º realizada en junio de 2011, consiste en que nos da una llamada de atención sobre los límites que deben observar los poderes públicos, incluyendo al poder encargado de reformar la Constitución (poder constituyente constituido). Lo que ésta nos afirma es que ningún ordenamiento jurídico puede jugar con la dignidad humana, concepto absolutamente no negociable en el desarrollo de los pueblos y naciones. Así pues, podemos estar de acuerdo o no con

el enfoque iusnaturalista que ahora arraiga la Constitución mexicana, pero no podemos negar la evidencia histórica que es la prueba viva de los peligros que se corren cuando los poderes públicos (a veces incluso con la activa participación de los ciudadanos) pasan por alto la dignidad humana y cometen crímenes humanos.

Lo interesante del tema de estudio, es que se requiere considerar dos seres humanos, la madre y el bebé, quienes poseen el mismo valor intrínseco, quienes deben ser acreedores de las mismas garantías, en quienes es menester proteger su vida y dignidad de igual manera, y procurar el mayor bien a ambos.

El no nacido (*nasciturus*) tiene el más fundamental de los derechos humanos, el derecho a la vida, sin el cual los restantes derechos no podrían existir, esto exige su respeto desde el inicio de la vida hasta su muerte.

La madre gestante tiene derecho de autonomía, a determinar libremente las condiciones que favorezcan una muerte propia digna y libre de sufrimiento.

En la actualidad, la primera causa de mortalidad materna es la infección por virus SARS-CoV-2, necesitamos prestar atención a las condiciones en las que ocurre la muerte.

La glucoproteína S del SARS-CoV-2 se une a la enzima convertidora de la angiotensina (ACE2). En la viremia pasa de las glándulas salivales y membranas mucosas, especialmente nasal y laringe, a los pulmones y a otros órganos con los mismos receptores ACE2: corazón, hígado e, incluso, al sistema nervioso central; y llega a los intestinos. Cuando el sistema inmunológico es ineficiente en controlar efectivamente al virus en la fase aguda, puede evolucionar a un síndrome de activación de macrófagos que da pie a la temida tormenta de citocinas que pone al paciente en un estado crítico (24). Estas pacientes pueden fallecer en corto tiempo o tener una evolución lenta que curse con mucha sintomatología, motivo por el cual resulta imprescindible su protección.

Es fundamental investigar la aplicación o la ausencia de aplicación de directrices anticipadas en el periodo gestacional en nuestro

país, las implicaciones y el impacto que esto tiene al final de la vida de nuestras mujeres y bebés mexicanos, cuestionar si el comportamiento actual y lineamientos jurídicos son los más adecuados y éticamente admisibles.

De acuerdo con lo anterior, la legislación debe salvaguardar la dignidad, el derecho a la vida y a que se defienda la misma, el respeto a la voluntad, y el derecho a un trato humano hasta la muerte natural.

La legislación debe perseguir los fundamentos de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Citamos algunos de los artículos involucrados con énfasis en el tema de interés:

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...

Artículo 2. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración sin distinción alguna...

Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6. Todo ser humano tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley... (25).

Es decir, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, tienen tanto derecho la madre como el bebé a que se respeten su dignidad, vida, libertad, seguridad y protección, y que se eviten tratos degradantes e inhumanos. La finalidad del presente trabajo de investigación es perseguir que lo anterior se lleve a cabo.

4. Estatus del no nacido

Se hará mención brevemente del estatus jurídico que se le ha brindado al no nacido, con la finalidad de evidenciar que es persona y es sujeto de derechos.

La Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José) refiere en su artículo 1.2 que “persona es todo ser humano”, y en su artículo 4.1 refiere que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida...este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción...nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente” (26). Por lo tanto, el no nacido es persona, ya que pertenece a la especie humana, y por ello debe protegerse su vida a partir del momento de la concepción. Dicho en otras palabras, está reconociendo la personalidad del no nacido desde el momento de la concepción y por lo tanto debe ser protegido por ley.

En su artículo 4.5 establece que “No se impondrá la pena de muerte a...mujeres en estado de gravidez” en favor del bebé en desarrollo. En este punto, conviene mencionar que, en el caso de interés, se está procurando la ortotanasia de la madre, no así la eutanasia (en cuyo caso se acorta intencionadamente la vida), y con igual relevancia la vida y desarrollo del bebé.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos refiere que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

La Declaración de los Derechos del Niño de 1959 (27) establece que el niño, por razón de su inmadurez física o mental necesita especial atención y cuidados, incluyendo protección legal apropiada, antes y después del nacimiento. Y refiere que la humanidad le debe al niño lo mejor que pueda ofrecerle.

Rita Joseph (28) refiere que sería imposible establecer estándares universales a lo largo de asociaciones médicas nacionales y diferentes jurisdicciones legales en materia de protección del no nacido, ya que las legislaciones nacionales (estadounidenses) están basadas en principios diferentes en esta materia.

5. Fundamentos teóricos

Clínicamente, ante una muerte cerebral, es posible mantener las funciones somáticas de la madre durante un periodo de tiempo prolon-

gado. Actualmente, no existe un límite respecto a la edad gestacional para descartar el soporte del bebé, aunque Anderson *et al.* consideran que una edad gestacional menor a 24 semanas tiene un alto riesgo de muerte o morbilidad (29).

En el año 2010, Esmailzadeh *et al.* (30) llevaron a cabo una revisión sistemática de bases de datos para el manejo de mujeres embarazadas con muerte cerebral. En diversas bases de datos encontraron 30 casos de soporte vital prolongado después de muerte cerebral materna entre 1982 y 2010. Lesión cerebral no traumática fue la causa de muerte cerebral en 26 de 30 madres. La edad materna promedio al momento de la muerte cerebral fue de 26.5 años. La edad gestacional promedio al momento de la muerte cerebral fue de 22 semanas. La edad gestacional promedio al momento del nacimiento fue de 29.5 semanas. Los autores concluyen que, de acuerdo con la estabilidad materna y el desarrollo fetal, la decisión de mantener el soporte vital a la madre y el feto deben hacerse de manera individualizada. Un bebé con edad gestacional de 24 semanas tiene un porcentaje de supervivencia del 20-30%, y a mayor edad gestacional incrementará el mismo. Un soporte somático prolongado puede resultar en el nacimiento de un bebé con una puntuación Apgar y peso al nacer satisfactorios. El desarrollo de los bebés posterior al nacimiento puede ser normal. Incluso, las madres gestantes pueden ser donadoras de órganos para sus bebés una vez que han nacido. Ante la muerte cerebral de una mujer embarazada, el personal médico se enfrenta con dos decisiones importantes: brindar el soporte adecuado a la madre hasta el nacimiento de un bebé sano, y de ser posible, brindar el soporte adecuado a la madre como posible donadora de órganos. El soporte que se debe brindar a las madres con muerte cerebral es complejo, comprende soporte cardiovascular, respiratorio, endócrino, nutricional, termorregulación, control de infecciones, anticoagulación, entre otros.

6. Aspectos bioéticos

La bioética personalista es la más aceptada en el ámbito latino y centroamericano (31). En la escala de valores de la corriente personalista,

la dignidad y vida humana se encuentran supeditados a los demás valores.

Los principios bioéticos (32) involucrados en la voluntad anticipada durante el periodo de gestación se enlistan a continuación:

- Principio de defensa de la vida física. Enfatiza el derecho a la vida y la integridad física como base de todos los demás principios. Para preservar la vida física del bebé requerimos vulnerar la integridad física de la madre prolongando su vida.
- Principio de totalidad o principio terapéutico. Justifica las intervenciones que buscan hacer algún bien en salud —como restauración de la parte dañada por la enfermedad— fundadas en el bien de la recuperación del todo del organismo y la persona. Bajo este principio se podrían justificar las intervenciones a la madre con la finalidad de preservar la vida del bebé.
- Principio de libertad y responsabilidad. Enfatiza el carácter ineludible de respeto a la autodeterminación (de libertad-responsabilidad) de pacientes y médicos. La madre está actuando libremente al ejercer su voluntad anticipada y limitar ese ejercicio supondría ir en contra de este principio.
- Principio de sociabilidad y de solidaridad. Destaca la vida como bien social, y la promoción del bien común para lograrlo, y hace énfasis en la solidaridad (sociabilidad) del todo con la parte (justicia distributiva) y la necesidad de participación activa de los beneficiarios (subsidiariedad). Se persigue el bien del bebé al prolongar la vida de la madre.
- Principio de Autonomía. Principio mencionado en 1987 en el Informe Belmont y publicado por Beuchamp y Childress en su libro *Principios de ética biomédica*, en el cual se presentan tres premisas:
 1. Intencionalidad del acto. El propio paciente debe expresar claramente cuál es su intención.
 2. Comprensión. Asegurar que el paciente comprende la decisión que toma y sus consecuencias.

3. Libre de control externo. No coacción y libre toma de decisión.

La madre ejerce su autonomía al firmar intencionadamente el documento de voluntades anticipadas, de manera informada y libre de coacción o coerción.

- Principio de Beneficencia. Todo acto ético debe ser benéfico tanto para el personal de salud como para el paciente. Un acto es éticamente más adecuado cuando beneficia al más débil o necesitado y cuando ese beneficio es más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. El juramento hipocrático refiere actuar siempre en beneficio de los enfermos. Prolongar la vida a la madre supone un acto benéfico para el bebé, pero un acto contrario en el caso de la madre e incluso el personal de salud.
- Principio de no maleficencia. Obligación de no producir daño intencionadamente. *Primum non nocere* (Primero no dañar). Bajo este principio el ser humano nunca debe ser perjudicado directamente o tratado como si fuera simplemente el medio para lograr un fin. Este es uno de los principios fundamentales en el presente caso. Al prolongar la vida de la madre se está produciendo un daño intencionadamente, utilizándola como un medio para lograr un fin.
- Principio de justicia. Personas en situaciones similares deben ser tratadas similarmente. No se debe hacer discriminación. Todas las personas somos iguales y todos poseemos la misma dignidad. Es darle a cada uno lo que le corresponde y le pertenece, procediendo siempre a partir de la equidad y el respeto por el bien de todos. Al nulificar la voluntad anticipada de la mujer durante el embarazo, se le está brindando un trato distinto a cualquier otra persona en la misma situación.
- Principio de proporcionalidad terapéutica. Obligación ética de implementar todas aquellas intervenciones médicas que guarden una relación de debida proporción entre los medios

empleados y el resultado esperable. Podría justificarse la proporcionalidad entre la vida del bebé y la dignidad de la madre.

- Principio de doble efecto. Razonamiento práctico que sirve para determinar la licitud de una acción que produce o puede producir dos efectos, de los cuales uno es bueno y el otro es malo. Es lícita una causa dirigida a un efecto bueno, aunque de ella se siga un efecto malo, cuando se cumplen las siguientes condiciones:
 1. Que el fin perseguido sea bueno.
 2. Que la causa sea en sí misma buena o al menos indiferente.
 3. Que el efecto bueno preceda o al menos se siga de la causa con igual inmediatez que el malo.
 4. Que el efecto bueno sea proporcionalmente superior al efecto malo.

En el caso sujeto a debate, el fin perseguido es que sobreviva el bebé, lo cual es un fin bueno. La causa es mala, se cosifica a la madre y se atenta su dignidad. El efecto bueno, el cual es la supervivencia del bebé, no precede, pero continúa de la causa. Consideramos que el efecto bueno y el malo poseen la misma proporción. Por lo tanto, prolongar la vida de la madre para salvar al bebé no puede justificarse por un principio de doble efecto.

7. Panorama nacional e internacional de las directrices anticipadas

Se presenta a continuación un breve acercamiento al panorama internacional de las voluntades anticipadas. Se atribuye su origen en los Estados Unidos de América (EUA). Traspasó el continente americano y llegó a Europa, particularmente al Reino Unido, Suiza, Holanda, Australia, España, Italia, Francia, Alemania, etcétera (33).

Renata Da Silva y Aluisio Gomes (34) nos presentan los países de Latinoamérica que ya poseen una legislación consolidada respecto a

las directivas anticipadas de voluntad, estos incluyen Puerto Rico, Argentina, México, Uruguay y Colombia. En Brasil, debido a que aún no hay una ley sobre el tema, las directivas son tratadas y discutidas por la Resolución 1.995/2012 del Consejo Federal de Medicina.

Un estudio retrospectivo realizado en 2019 por DeMartino *et al.* (35) en EUA, comparó las legislaciones estatales de todo el país respecto a la toma de decisiones terapéuticas en mujeres embarazadas. Concluyó que 38 estados identifican el embarazo como una condición que tiene influencia en la voluntad anticipada. De estos, 30 estados limitan la opción de suspender tratamientos para prolongar la vida en mujeres embarazadas. El 68% de los formatos de voluntades anticipadas no especifican las limitantes o excepciones durante el embarazo a pesar de que existen. Aunque los estados tienen la obligación de ser transparentes respecto a las restricciones durante el embarazo, la heterogeneidad en la legislación de los estados y la justificación para estas restricciones garantizan un mayor escrutinio ético y legal. Se desconoce la frecuencia de estos estatutos o su efecto en la práctica clínica. Doce estados requieren terapia de soporte vital hasta que el feto nazca, sin importar la edad gestacional al momento en que la madre se enferma, y sin importar que haya un documento de voluntad anticipada que indique lo contrario.

En México, la Ley de Voluntad Anticipada se promulgó en 2008. En la actualidad encontramos la Ley de Voluntad Anticipada en la legislación estatal de: Distrito Federal (Ciudad de México), Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán, Tlaxcala, Veracruz y Sonora. Siendo la más reciente, la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Sonora, aprobada el 27 de abril de 2021. Se encuentran 10 estados con iniciativa de legislación en materia de voluntades anticipadas.

En la última reforma de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal publicada el 9 de agosto de 2021 (36), no se contempla el caso específico de gestación.

La Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila, en su artículo 21 menciona: “En caso de que

el autor sea una mujer embarazada y, bajo ese estado sufriera de una enfermedad terminal, las disposiciones contenidas en el Documento de Disposiciones Previsoras serán aplicables considerando en suprema importancia la preservación de la vida del ser en gestación” (37).

La Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes no hace excepciones en el caso de mujeres embarazadas (38). De igual manera sucede con la legislación de San Luis Potosí, en su Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal (39), en la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (40), en la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Michoacán (41), de los Estados de Hidalgo (42), Guanajuato (43), Estado de México (44), Oaxaca (45), Tlaxcala (46), Guerrero (47) y Sonora (48). Tampoco se contempla en la Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit (49).

La Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Colima establece en su artículo 26 que: “Se suspenderán los efectos del documento cuando el signatario sea una mujer embarazada y padezca una enfermedad terminal, hasta terminada la etapa de gestación” (50).

Destaca la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, en su artículo 29, donde refiere la “protección de la mujer embarazada” de la siguiente manera: “En el caso de que el signatario fuera una mujer embarazada y se encuentre en etapa terminal, el documento de voluntad anticipada no surtirá ningún efecto hasta terminado el embarazo, con la finalidad de proteger el producto” (51). En este punto me gustaría cuestionar al lector, si realmente es como refiere, una protección de la mujer embarazada.

Existe una iniciativa con proyecto de decreto para modificar la Ley General de Salud, adicionando un artículo 51 bis, sobre las voluntades anticipadas. El mismo no hace excepciones durante el periodo de gestación. Declara lo siguiente: “Artículo 51 bis. Toda persona, previendo un estado de enfermedad terminal, irreversible e incurable, podrá manifestar de forma anticipada su oposición a tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando estos sean considerados desproporcionados o extraordinarios, y tan solo sirvan para prolongar la agonía” (52).

Desde 2012, Moreno y Cruz (53), propusieron una Ley Federal en materia de voluntad anticipada para evitar la disparidad de legislaciones y conflicto de leyes. El diputado Jorge Álvarez Máñez, propuso el 15 de agosto de 2018 una iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por la que se expide la Ley General de Voluntad Anticipada. Se retomó dicha iniciativa con proyecto de decreto a fin de que se legisle en la materia el 14 de diciembre de 2021. Los objetivos de dicha iniciativa son: expedir la Ley General de Voluntad Anticipada; evitar que existan sanciones penales para las personas que cumplan estrictamente con lo dispuesto en la Ley General de Voluntad Anticipada; y regular la figura de Declaración de Voluntad Anticipada dentro de la Ley General de Salud a fin de que se evite que las personas enfermas sean sometidas a tratamientos que vulneren la dignidad humana; asimismo, busca garantizar una vida de calidad para las y los pacientes evitando procedimientos innecesarios (54). Esta iniciativa propone la capacitación al personal de salud, difusión y que sea de aplicación general en toda la República mexicana. Pero esta misma iniciativa propone también adicionar un párrafo al artículo 312 del Código Penal Federal estableciendo que la pena de prisión a quien prestare auxilio o indujere a otra persona para que se suicide, o él mismo ejecute la muerte, no sea aplicable para el personal médico que actúe conforme a lo dispuesto en la Ley General de Voluntad Anticipada.

El 18 de septiembre de 2018, el diputado Armando Tonatiuh González Case propuso la iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley de Voluntad Anticipada para la Ciudad de México, la Ley de Salud para el Distrito Federal y el Código Penal del Distrito Federal. Propone entre otras modificaciones, incluir en su artículo 43, la posibilidad del personal de salud para administrar medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal (55).

Los doctores DeMartino y Chor (56) opinan que nulificar las preferencias individuales que están explícitamente indicadas en un

documento de voluntades anticipadas es una violación directa a su autonomía. Descartar los valores y principios de una persona es contrario a una atención adecuada. Prolongar la terapia de soporte vital básico debido a que una persona se encuentra embarazada, sin importar las circunstancias médicas, puede resultar en meses de sufrimiento, poniendo a prueba el juramento médico “no dañar”. Estas restricciones violan el principio de justicia y podrían ser inconstitucionales.

8. Legislación internacional y nacional aplicable

La Organización Mundial de la Salud (57) define la primera infancia como el período comprendido desde el desarrollo prenatal hasta los dieciocho años de edad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (58) refiere que “...todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos... Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración... Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona... Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a... su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad... respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales...”.

La Convención sobre los Derechos del Niño (59) establece que “... se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad... una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño... a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar... y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas... los estados partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas...”.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (60) menciona: “...La mujer y el hombre son iguales ante la ley... En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con

el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos”.

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (61) establece que: “Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a...que se resguarde su integridad personal, a fin de lograr las mejores condiciones de bienestar y el libre desarrollo de su personalidad”.

Existe un desconocimiento tanto en personal de la salud como en la población acerca de las directrices anticipadas. En 2015, Mendoza, Guadarrama y Veytia (62) concluyen que los profesionales de la salud desconocen lo que es el documento de voluntad anticipada, las normativas que lo regulan, así como la realización del mismo y la manera de indagar si los pacientes lo tienen realizado.

Un estudio realizado en el tercer nivel de atención del IMSS en la Ciudad de México reportó en 2016 que el conocimiento por parte de los profesionales de la salud acerca de condiciones, objetivos, y legislación en materia de voluntades anticipadas, es un conocimiento parcial (63).

Carrasco, Olivares y Pedraza (64) reportaron en 2016 que únicamente el 21.2% de una población geriátrica conocía la existencia de una Ley de Voluntad Anticipada.

La Norma Oficial Mexicana, NOM-011-SSA3-2014 (65) tiene por objeto, establecer los criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.

El convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y

la medicina (66), es un convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, conocido en el ámbito internacional como Convenio de Oviedo o Convenio de Asturias, y habla acerca de la primacía del ser humano, y menciona que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia. Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (67). Última reforma en el Diario Oficial de la Federación del 17 de julio de 2018 en su artículo 138 bis 13 expresa la obligatoriedad de los médicos tratantes para cumplir con las directrices anticipadas. La sección tercera hace referencia a las directrices anticipadas (sección adicionada el 1 de noviembre de 2013), en su artículo 138 bis 22 exceptúa de lo previsto aquellas disposiciones que sean contrarias al orden jurídico mexicano, particularmente por lo que hace al tipo penal equivalente a la eutanasia y al suicidio asistido.

La Ley General de Salud (última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 22 de noviembre de 2021) (68) en su artículo 166 Bis 1. vi. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello. Artículo 166 Bis 3. iv. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos: recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida. vi. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida. Artículo 166 Bis 17 establece que “Los médicos tratantes *en ningún caso y por ningún motivo* implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal *sin su consenti-*

miento”. Tiene por objeto salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello.

“En la sustitución de tejidos y órganos, el donador cadavérico pudo haber expresado en vida su deseo de donar órganos para trasplante, de no ser así, serán los familiares, la persona responsable o las autoridades civiles las que autoricen la obtención de órganos de acuerdo con la Ley General de Salud. En la procuración múltiple de órganos el donador con muerte encefálica pasa al quirófano con el corazón latiendo, adecuada perfusión y oxigenación tisular, se obtienen los órganos de acuerdo con un protocolo preestablecido, y el corazón deja de latir, se pasa de la muerte encefálica con vida vegetativa mantenida en forma artificial a la muerte integral del individuo” (69).

La Ley de Salud para el Distrito Federal (70) en su artículo 14. I. Hace referencia a la igualdad de acceso de mujeres y de hombres a la salud. En su artículo 16 Bis 3. el respeto a la dignidad...Una atención terminal humanitaria y a recibir toda la ayuda disponible para morir lo más digna y aliviadamente posible...La obligación, por parte del Gobierno del Distrito Federal del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos establecidos en la misma”.

9. Derecho humano a decidir sobre la propia vida y el cuerpo

René Descartes (71) proponía que no existe una única concepción del cuerpo, sino dos: un cuerpo objeto reducible a *res extensa* y un cuerpo-sujeto incapaz de ser reducido a mera extensión (unión de cuerpo y alma). Decía que el alma y el cuerpo pueden existir independientemente del otro, pero en esta vida se encuentran unidos.

Santo Tomás (72) identificó el alma como presente en cada parte de él, y hace del cuerpo humano, una persona.

Actualmente, hay una tendencia a considerar que el cuerpo no es la persona, sino que le pertenece. Han existido profundas reflexiones en cuanto a este tema, y continúa siendo motivo de debate. Este breve análisis, lo incluimos tomando en cuenta una de las interrogantes que formulamos al comenzar este estudio. ¿Qué sucede si es la misma mujer quien decide se le someta a medidas extraordinarias en caso necesario para preservar la vida de su bebé? La legislación actual no lo impediría, pero ¿sería éticamente admisible?

Se considera importante aclarar que el sentido erróneo al que se ha atribuido el derecho a decidir sobre la propia vida y el cuerpo equiparándolo con el derecho a abortar, no es el tema de interés de la presente investigación. En ese sentido es muy distinto ya que en el caso del aborto voluntario se está decidiendo sobre la vida del bebé, la cual no está siendo amenazada por ningún otro motivo que el deseo de la madre.

10. Discusión

En el caso de la madre decidiendo libremente a ser utilizada durante su periodo de etapa terminal a favor de la vida del bebé, cuando por circunstancias inevitables, la vida de la madre y, en consecuencia, la del bebé se encuentran amenazadas, se encuentran involucrados los siguientes aspectos:

- Se respeta el principio de respeto a la vida física.
- Se respeta el principio de autonomía.
- Se respeta el principio de libertad y responsabilidad.
- Se respeta el principio de solidaridad.
- Contradice el principio de no maleficencia.
- Justifica el principio de doble efecto.

Tomando en cuenta todo lo referido previamente, se establece que es éticamente admisible que la madre exprese libremente su deseo de

prolongar su vida en caso necesario para salvaguardar la vida de su bebé, aunque consideramos que ésta es materia de un estudio y debate más extenso.

La cosificación de la madre por parte de la legislación por medio de la nulificación de su voluntad es inadmisibles debido a que se está vulnerando directamente su autonomía y dignidad, y se está actuando sin equidad frente a las demás personas a quienes sí les validan su voluntad.

Entonces, ¿qué implicaciones bioéticas se presentan cuando la Ley de Voluntad Anticipada dicta que el documento no surtirá ningún efecto hasta terminado el embarazo? Se vulneran el Principio de libertad y responsabilidad, el Principio de autonomía y el Principio de justicia. Se elimina el derecho a emitir su voluntad, a tener una muerte digna y sin sufrimiento.

Actualmente, los estados de la República mexicana que nulifican el cumplimiento de voluntad anticipada durante el periodo de gestación están colocando a las mujeres en una situación de inequidad de género y poniendo en riesgo su derecho a una muerte digna libre de sufrimiento.

Al no contar con una legislación, o en su caso, que la legislación expresamente dicte que no es válida en el caso de mujeres en periodo de gestación, se les está privando de la garantía a ser tratadas como seres humanos vivos hasta el final de sus días, a que se respete su voluntad, a que se respete su dignidad, a un trato humano, a que se disminuya el sufrimiento, y se está privando de la garantía a una muerte natural en condiciones dignas.

Se están violentando derechos humanos fundamentales como la dignidad, debido a que, con el propósito de mantener con vida al bebé, se cosifica a la madre, es decir, se reduce a la mujer a su cuerpo, y se le utiliza como un medio para conseguir un fin. “Más aún, se están vulnerando derechos constitucionales, como la prohibición referente a toda discriminación motivada por el género, o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas” (73).

Sin duda, queremos proteger de igual manera al otro ser humano cuya vida y bienestar se encuentran vulnerables ante estas circunstancias adversas. Se debe garantizar que se lleve a cabo todo lo posible para cuidar la integridad, salud y supervivencia del bebé. Lo anterior incluye la posibilidad de donación de órganos por parte de la madre post mortem. Dicho esto, es imperativo que se salvaguarden la dignidad y derechos que corresponden a la madre.

Los aspectos bioéticos por considerar, en cada una de las decisiones se presentan en la Tabla 2:

Tabla 2 . Aspectos bioéticos

PRINCIPIOS INVOLUCRADOS	
PROLONGAR LA VIDA DE LA MADRE	ORTOTANASIA DE LA MADRE
<ul style="list-style-type: none">• Defensa a la vida física del bebé	<ul style="list-style-type: none">• Libertad y responsabilidad
<ul style="list-style-type: none">• Terapéutico	<ul style="list-style-type: none">• Autonomía
<ul style="list-style-type: none">• Sociabilidad y solidaridad	<ul style="list-style-type: none">• Beneficencia
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionalidad	<ul style="list-style-type: none">• No maleficencia
	<ul style="list-style-type: none">• Justicia

Fuente: elaboración propia.

A lo anterior es necesario agregar la defensa de la dignidad de la madre en la ortotanasia.

Es muy importante defender la vida física, esto es muy cierto y no hay debate, pero no es aceptable hacerlo a toda costa. El fin no justifica los medios. En todo momento se deben procurar el bienestar y la supervivencia del bebé, siempre que no se atente contra la madre.

11. Conclusiones

Las directrices anticipadas son una manifestación del ejercicio del derecho a la autonomía de la voluntad de las personas, expresando libremente las circunstancias deseadas alrededor de su muerte. Los seres humanos somos un complejo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual único e irreplicable durante nuestra vida, y en este sentido así será durante nuestra muerte. La elección de una firma de voluntades anticipadas es una decisión de carácter personalísima.

Se han revisado los aspectos bioéticos, la legislación nacional e internacional, y las implicaciones que conllevan la actuación de una u otra forma al confrontar una situación de enfermedad terminal y/o muerte materna durante el periodo de gestación.

A través del análisis y reflexión, las propuestas de intervención para la legislación en nuestro país son las siguientes:

1. Homologar todas las leyes de voluntad anticipada estatales para garantizar el cumplimiento apropiado de las mismas en una Ley Federal de Voluntades Anticipadas. Es necesario evitar discrepancias entre las legislaciones estatales en materia de voluntad anticipada para agilizar los trámites, favorecer la comprensión, hacer el trámite accesible y evitar complicaciones. Esta ley federal debe contemplar la protección de todas las personas, incluyendo y especificando durante el periodo de gestación a la madre y al bebé. Debe considerar el periodo de gestación como un momento vulnerable para la madre y el bebé, y procurar el mayor bienestar del bebé sin comprometer la dignidad de la mujer respetando su autonomía.

2. Es necesario que las legislaturas de los estados y la Ciudad de México emitan la iniciativa de Ley Federal de Voluntades Anticipadas. Para lograrlo, se requiere brindarle la suficiente importancia. Es entonces imperativo que se brinde difusión para que no sólo el personal médico tenga el conocimiento necesario respecto a voluntades anticipadas, también es necesario que la población lo haga, otorgando especial atención a la población geriátrica y pacientes con diagnósticos de enfermedades terminales.

3. Fomentar e impulsar las legislaciones en los estados que aún no cuentan con leyes de voluntad anticipada. Para que ningún mexicano se vea vulnerado en su capacidad de ejercicio de autonomía y libre determinación. Si se obtiene la aprobación de la Ley Federal de Voluntades Anticipadas, esto ya no sería necesario.

4. Modificar la legislación de voluntades anticipadas que nulifican dicho documento durante el periodo de gestación, para que, contrario a nulificar, consideren incorporar lo siguiente:

En caso de encontrarse en periodo de gestación, se buscará asesoría por un comité de bioética que apoye a determinar en cada caso particular las condiciones que favorezcan el desarrollo y supervivencia del bebé, siempre que sea posible, sin recurrir a tratamientos y/o medidas extraordinarias que pongan el riesgo la muerte digna y libre de sufrimiento de la madre.

De esta manera, se individualizan los casos, lo cual es necesario debido a las diferentes circunstancias que se pueden presentar. Las circunstancias variables en las que se puede encontrar el bebé incluyen su edad gestacional, estado de salud, y probabilidades de supervivencia. Las circunstancias variables son amplísimas, por ello lo más recomendable es que sea analizado y asesorado por un comité de bioética, que puede orientar respecto a las condiciones en las que se encuentran ambas personas, y ayudar a encontrar el mayor bien para ambos.

Actualmente La Ley protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila es la más respetuosa de ambos individuos involucrados, en su artículo 21, el cual menciona: “En caso de que el autor sea una mujer embarazada y, bajo ese estado sufriera de una enfermedad terminal, las disposiciones contenidas en el Documento de Disposiciones Previsoras serán aplicables considerando en suprema importancia la preservación de la vida del ser en gestación”.

El 14 de diciembre de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma a la Ley General de Salud, a través de la cual

se adicionó el artículo 41 Bis, el cual refiere que los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución deberán contar con un comité hospitalario de bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica preventiva, curativa, de rehabilitación o paliativa, así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia (74). Es por lo anterior, que debe contarse con el apoyo de un comité interdisciplinario de bioética que pueda proponer el mayor bien para ambas partes.

5. Difundir extensamente los objetivos y la información relevante en materia de voluntad anticipada. Educar a la población y al personal de salud en los beneficios, proceso y requisitos para la firma del documento de voluntades anticipadas.

La importancia de difusión de la información, y la practicidad y facilidad para llevar a cabo una firma de documento de voluntades anticipadas son determinantes para lograr que, en nuestro país, los mexicanos gocemos de una muerte digna.

Para llevar a cabo lo anterior, se requiere:

Comenzar incluyendo la información necesaria respecto a las directrices anticipadas dentro del plan de formación de profesionales de la salud en todas las universidades del país.

Brindar pláticas, distribuir folletos, y ubicar carteles informativos en los hospitales en todos los niveles de atención, prestando particular interés en la población geriátrica y aquellos pacientes con diagnósticos de enfermedades terminales.

Difundir a través de redes sociales, sitios web de universidades, hospitales, residencias y hospicios la información necesaria. Actualmente existe en la página de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México información general.

En resumen, es menester legislar las directrices anticipadas en todo nuestro país, de manera adecuada, garantizando la protección tanto de la madre como del bebé. Igual importancia tiene la difusión

de la información y practicidad para expresar la voluntad anticipadamente. Sólo así, podremos asegurar que en nuestro país se goza de una garantía para que todas las personas logremos una muerte digna.

En conclusión, es éticamente inadmisibles invalidar una directriz anticipada por encontrarse en periodo de gestación.

Referencias

1. Diccionario Etimológico Castellano en Línea [Internet]. [consultado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?ortotanasia>
2. Secretaría de Salud del Estado de México. Voluntades Anticipadas [Internet]. [consultado 7 de enero de 2022]. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/salud/voluntades_anticipadas
3. Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*. 2020; 20(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011
4. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud [Internet]. 2022 [consultado 20 marzo de 2022]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
5. Secretaría de Salud. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna [Internet]. 2021 [consultado 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf
6. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. Voluntades Anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida [Internet]. 2021 [consultado 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf
7. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [consultado marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
8. Cervantes H. El libre desarrollo de la personalidad: una cuestión de libertad. *Repositorio-Digital CIDE* [Internet]. 2016 [consultado marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/574>
9. Hernández A. Derecho al libre desarrollo de la personalidad. México: Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México; 2018.
10. Universidad de Barcelona [Internet]. 1949 [consultado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/textos/ca1946.htm>
11. Justicia México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [consultado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primer/capitulo-i/#articulo-1o>

12. Fernández F. La dignidad de la persona en el ordenamiento constitucional español. *Revista Vasca de Administración Pública*. 1995; 43:52-70.
13. Gómez E. La dignidad de la persona [Internet]. 2022 [consultado 18 de mayo de 2022]. Disponible en <https://www.santotomas.cl/formacion-e-identidad/quienes-somos/capsulas/la-dignidad-la-persona-2/>
14. Wintrich J. *Zur Problematik der Grundrechte*. Alemania: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1957.
15. Fix M. La dignidad de la persona en España y México [Internet]. México: Biblioteca Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM [consultado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-cndh/article/download/5590/4934>
16. Gómez Y. *Derechos y Libertades*. Madrid: Sanz y Torres; 2003.
17. Pico G. *Discurso sobre la dignidad del hombre*. México: UNAM; 2004.
18. Gutmann, T. *Dignidad y autonomía. Reflexiones sobre la tradición kantiana*. *Estudios de Filosofía*. 2019; 59:233-254.
19. Martín M. *El derecho a ser diferente: dignidad y libertad*. Colección sobre la protección constitucional de los derechos humanos. México: CNDH; 2015.
20. Suprema Corte de Justicia de la Nación. *Derecho a la dignidad humana* [Internet]. 1953 [consultado marzo de 2022]. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/Transparencia/Documents/CriteriosPJF/Tesis_tematica_derecho_a_la_propia_imagen.pdf
21. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* [Internet]. 2021 [consultado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/cpeum.pdf>
22. Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos* [Internet]. 1948 [consultado 21 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
23. Carbonell, M. *Dignidad humana. Hechos y derechos*. *Revistas del IJ*. 2018; (48). Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/12985/14530>
24. López-Pérez G, Ramírez-Sandoval M, Solyenetzin M. *Fisiopatología del daño multiorgánico en la infección por SARS cov-2*. *Acta Pediatr Mex*. 2020; 41(1):27-41.
25. Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos* [Internet]. 1948 [consultado 21 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
26. Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Convención Americana sobre Derechos Humanos* [Internet]. Costa Rica [consultado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>
27. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Declaración de los derechos del niño* [Internet]. 1959 [consultado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/provictima/1legislaci%c3%93n/3instrumentosinternacionales/e/declaracion_derechos_nino.pdf
28. Joseph R. *Human Rights and the Unborn Child*. Boston: Martinus Nijhoff; 2009.

29. Anderson J, Baer R, Partridge J, Kuppermann M, Franck L, Rand L, Jelliffe-Pawlowski L, Rogers E. Survival and major morbidity of extremely preterm infants: a population-based study. *Pediatr.* 2016; 138(1).
30. Esmailzadeh M, Dictus C, Kayvanpour E, Sedaghat-Hamedani F, Eichbaum M, Hofer S, Engelmann G, Fonouni H, Golriz, M, Schmidt J, Unterberg A, Mehrabi A, Ahmadi R. One life ends, another begins: management of a brain-dead pregnant mother. A systematic review. *BMC Medicine.* 2010; 8(1).
31. Insua, J. Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Persona y Bioética.* 2018; 22(2):223–246. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.3>
32. Saavedra J, Tarasco M. *Bioética. Aporte para un debate necesario.* México: Partido Acción Nacional; 2018.
33. Moreno C, Cruz M. La voluntad anticipada en México y su posible regulación a través de una ley federal. Tla-Melaua. *Revista de Ciencias Sociales.* 2013; (34). <http://dx.doi.org/10.32399/rtla.7.34.46>.
34. da Silva R, Gomes A. Directivas anticipadas de voluntad: recorrido histórico en América Latina. *Rev. Bioét.* 2019; 27(1).
35. DeMartino E, Sperry B, Doyle C, Chor J, Kramer D, Dudzinski D, Mueller P. US state regulation of decisions for pregnant women without decisional capacity. *JAMA.* 2019; 321(16):1629. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.2587>
36. Suprema Corte de Justicia de la nación [Internet]. 2022 [consultado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://legislacion.scjn.gob.mx/buscador/paginas/wfarticuladofast.aspx?q=loyqdofbflgdad4uxa/alnfbqop9otlf04yb6rymcc6iejipqdojhsde-te8txcy+qzjve/p8bawzhgoz3yleca>
37. Congreso del Estado de Coahuila. Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, para el Estado de Coahuila [Internet]. 2022 [consultado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: https://congresocoahuila.gob.mx/transparencia/03/Leyes_Coahuila/coa159.pdf
38. Congreso del Estado de Aguascalientes. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes [Internet]. 2022 [consultado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: https://congresoags.gob.mx/agenda_legislativa/leyes/descargarPdf/260
39. Gobierno de México. Orden Jurídico Nacional. Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal [Internet]. 2022 [consultado 6 de marzo 2022]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/San%20Luis%20Potosi/wo39566.pdf>
40. Cámara de Diputados LXV Legislatura. Proyecto de decreto por el que se modifica la Ley General de Salud, adicionando un artículo 51 bis, sobre las voluntades anticipadas [Internet]. 2022 [consultado 13 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/iniciativas/Inic/752/2.htm>
41. Congreso del Estado de Michoacán. Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo [Internet]. 2022 [consultado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://congresomich.gob.mx/file/ley-de-voluntad-vital-anticipada-ref-14-de-agosto-de-201838870.pdf>

42. Congreso del Estado de Hidalgo. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Hidalgo [Internet]. 2022 [consultado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Voluntad%20Anticipada%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf
43. Gobierno del Estado de Guanajuato. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Guanajuato [Internet]. 2022 [consultado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: http://segob.guanajuato.gob.mx:8088/files/frac_1/ley_local/ley_de_voluntad_anticipada_para_el_estado_de_guanajuato_jun_2011.pdf
44. Secretaría de Asuntos Parlamentarios [Internet]. 2022 [consultado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.secretariadeasuntosparlamentarios.gob.mx/leyes_y_codigos.html
45. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca [Internet]. 2022 [consultado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: https://normas.cndh.org.mx/Documentos/Oaxaca/Reglamento_LVAE_Oax.pdf
46. Congreso del Estado de Tlaxcala. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Tlaxcala [Internet]. 2022 [consultado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: https://congresodetlaxcala.gob.mx/archivo/leyes2020/pdf/75_Ley_de_voluntad.pdf
47. Congreso del Estado de Guerrero. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Guerrero [Internet]. 2022 [consultado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://congresogro.gob.mx/legislacion/ordinarias/archi/ley-de-voluntad-anticipada-para-el-estado-de-guerrero-1173-2021-03-10.pdf>
48. Congreso del Estado de Sonora. Ley de voluntad anticipada del Estado de Sonora [Internet]. 2022 [consultado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.congresoson.gob.mx:81/Content/Doc_leyes/Doc_583.pdf
49. Congreso del Estado de Nayarit. Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit [Internet]. 2022 [consultado 7 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.congresonayarit.mx/media/1178/derechos-de-los-enfermos-en-etapa-terminal-para-el-estado-de-nayarit-ley-de-pdf>
50. Congreso del Estado de Colima. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Colima [Internet]. 2022 [consultado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://vlex.com.mx/vid/ley-voluntad-anticipada-colima-575248554>
51. Congreso del Estado de Yucatán. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán [Internet]. 2022 [consultado 10 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.yucatan.gob.mx/docs/diario_oficial/diarios/2016/2016-06-18_1.pdf
52. Cámara de Diputados LXV Legislatura. Proyecto de decreto por el que se modifica la Ley General de Salud, adicionando un artículo 51 bis, sobre las voluntades anticipadas [Internet]. 2022 [consultado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmptrvs/iniciativas/Inic/752/2.htm>
53. Moreno C, Cruz M. La voluntad anticipada en México y su posible regulación a través de una ley federal. *Revista de Ciencias Sociales*. 2013; 7(34).
54. Secretaría de Gobernación. Sistema de Información Legislativa. Iniciativa que expide la Ley General de Voluntad Anticipada; y reforma y adiciona diversas disposiciones del Código Penal Federal y de la Ley General de Salud, a cargo del

- diputado Jorge Álvarez Máynez, del grupo parlamentario de movimiento ciudadano [Internet]. 2021 [consultado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/12/asun_4291921_20211215_1639510754.pdf
55. Congreso de la Ciudad de México. Iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley de voluntad anticipada para la Ciudad de México, la Ley de Salud para el Distrito Federal y el Código Penal del Distrito Federal [Internet]. 2022 [consultado 16 de marzo 2022]. Disponible en: <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/c3c12112268d6bd0e656e820a-8da820f7bb66946.pdf>
 56. DeMartino E, Chor J. Potential for state restrictions to impact critical care of pregnant patients with coronavirus disease 2019. *Chest*. 2021; 59(2):873-875. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.063>
 57. Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad [Internet]. 2013 [consultado 23 de mayo 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf
 58. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948 (consultado 23 de mayo de 2022). Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
 59. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. 2018 [consultado 23 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2018-11/convencion_derechos_nino.pdf
 60. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [consultado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/cpeum.pdf>
 61. Gobierno de México. Secretaría de Educación Pública. Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes [Internet]. 2020 [consultado 23 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.ipn.mx/assets/files/defensoria/docs/Normatividad%20nacional/21_Ley-para-laProteccion-de-los-Derechos-de-Ninas-Ninos-yAdolescentes.pdf
 62. Márquez O, Guadarrama R, Veytia M. Voluntad anticipada. Una investigación a profesionales de la salud. *Dignitas*. 2015; 27:17-31.
 63. Gaona V, Campos L, Ocampo J, Alcalá E, Patiño M. La voluntad anticipada y su conocimiento por médicos en hospitales de tercer nivel. *Gac Med Mex*. 2016; 152:486-94.
 64. Carrasco A, Olivares A, Pedraza A. Nivel de conocimiento de “la ley de voluntad anticipada” en población geriátrica en México. *Rev Cub Med Gen Int*. 2019; 35(1).
 65. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos [Internet]. 2008 [consultado 11 de octubre 2022]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5368775&fecha=19/11/2014

66. Archivos del IIJ de la UNAM. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina [Internet]. 1997 [consultado 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf>
67. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en material de prestación de servicios de atención médica. Última reforma publicada [Internet]. 2018 [consultado 19 de enero 2022] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
68. Gutiérrez C. La bioética ante la muerte. Gaceta Médica de México. 2021; 137(3):274.
69. Gobierno de México. Orden Jurídico Nacional. Ley de Salud para el Distrito Federal [Internet]. 1987 [consultado 19 enero 2022]. Disponible en: <http://www.orden-juridico.gob.mx/estatal/distrito%20federal/leyes/dfley41.pdf>
70. Menacho, M. 2008. Cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto en René Descartes. Universidad Nacional de La Plata [Internet] 2008 [consultado 12 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.academica.org/000-096/424.pdf>
71. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. Voluntades Anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida [Internet]. [consultado 10 de marzo 2022]. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf
72. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. Voluntades Anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida [Internet]. [consultado 7 enero de 2022]. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf
73. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [consultado 10 marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Advance directives during gestation. Bioethical aspects and legislation in Mexico

Directrices anticipadas durante el periodo de gestación. Aspectos bioéticos y normatividad en México

Lorena Andrea Perez Ferrer*

Director of Bosques FertilityCare Services,
Mexico City, Mexico

Samuel Weingerz Mehl**

President of the Hospital Bioethics and Research Ethics Committee,
Mexico City, Mexico

Rodrigo Madero Mesa***

Islas, Moya, Salinas and Madero,
Mexico City, Mexico

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.02>

* Medical bioethicist specialized in NaProTechnology, Fertility and Human Reproduction. Mexico City, Mexico. E-mail: bionapromex@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3535-2650>

** Physician specializing in Gynecology and Obstetrics, attached to the Teaching and Research Department of the General Hospital Dr. Manuel Gea González. E-mail: bioeticaweingerz@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-2144-3201>

*** Criminal lawyer, master in Human Rights, Protection Trial and Criminal Procedure Law. E-mail: rmadero@imsm.mx <https://orcid.org/0000-0002-8587-2427>
Reception: 08/04/22 Acceptance: 18/07/2022

Abstract

Advance directives are not yet legislated in all the states of the Mexican Republic. In some of the states where they are legislated, their validity during the gestation period is expressly prohibited. The above represents important bioethical and legal dilemmas, which we review to clarify the various questions that arise regarding the protection of both the baby and the pregnant mother. We conclude that there is a need to develop a federal law that homologizes advance directives, guaranteeing a dignified death to all Mexicans, and that establishes that in the case of a pregnant woman, advice should be sought by a bioethics committee to help determine in each particular case, the conditions that favor the development and survival of the baby, whenever possible, without resorting to extraordinary treatments and/or measures that put at risk the dignified death and free of suffering of the mother.

Keywords: will, pregnancy, terminal illness, dignified death.

1. Introduction

The present study seeks to raise the bioethical aspects involved particularly in the case of the signing of an advance directive, or the absence of it during the gestation period in the face of imminent maternal death; to refer to the current regulations in Mexico regarding such cases, to provide truthful and updated information regarding the relevance that has been given to them; and to propose ideas for the benefit of both the pregnant mothers and the unborn babies. It includes a research work to determine the legal arguments that motivate the current suspension of the powers of pregnant women to exercise their advance directives.

It begins by developing the ethical principle of autonomy of will, which governs the human right to the free development of personality. It approaches the definition of human dignity from an ethical and legal perspective, leaving aside some philosophical aspects, considering that it is a very broad topic. It studies the human right to decide about one's own life and body. It addresses the rights of

women. It develops the objectives of advance directives. Explains the bioethical aspects involved. Reviews the current regulations in Mexico. Proposes the necessary interventions. Finally, it concludes with the collision of rights that arises from this debate.

This project ultimately aims to provide the relevant and necessary information, analysis, justification and objective argumentation, to seek new proposals, recommendations and suggestions to modify current legislation. To promote those initiatives of the Law of Advance Directives that are in process in some states, and to promote legislation in those states that do not yet have such a law to favor orthothanasia.

Orthothanasia is etymologically defined as *dignified death*; it is “that medical treatment that reduces the pain of a terminal patient but does not accelerate death or try to prolong his life” (1).

Directive or advance directive is the document in which the will made by a person of legal age or emancipated and with full cognitive capacity is unilaterally declared, through which, favoring the principle of autonomy, it indicates in advance what is wishes for himself, in relation to the treatments and health care in the event of presenting a terminal and irreversible illness derived from a natural process or because of a fortuitous accident.

The purpose of an advance directive is to respect the natural moment of death, it is not intended to shorten or prolong life, and seeks to promote palliative care at the end of life, to achieve a dignified death.

According to the Secretary of Health of the State of Mexico (2), six objectives are pursued through the signing of advance directives, which are listed below:

1. To ensure that terminally ill patients are treated as living human beings until the end of their lives.
2. To respect the will of the patient.
3. Respect their dignity as a person.
4. To always treat them humanely.
5. To diminish suffering.
6. To guarantee a natural death in dignified conditions.

The document in reference can be signed before a public notary, even without being sick or having suffered an accident. In private, public and social health institutions, there is a form for the signing of an advance directive. An advance directive may be required in many scenarios. In the present work, the interest is particularly for the case of the signing of advance directives in pregnancy, whether the signing is carried out during the gestation period, or that the will has been signed previously, but is executed during the pregnancy. gestation period, a time during which the mother's will not only affects her own life, but also has a direct effect on the baby's life.

A patient is considered to have a terminal illness during the final stage of an advanced and progressive disease, where there is irreversible damage and no curative treatment is possible, it presents with multiple and intense, changing and multifactorial symptoms, loss of autonomy or progressive fragility (3). The General Health Law (4) in its last amendment published on November 22, 2021 in the *Diario Oficial de la Federación* in its article 166 Bis 1, defines a terminally ill person as a person who has an incurable and irreversible disease and has a prognosis of life of less than six months.

Scientifically, the gestation period is defined as the period that begins with conception and culminates with birth. It begins in the moment in which an oocyte is fertilized by a spermatozoon, and implantation subsequently occurs. The legal status of the unborn will be briefly reviewed.

The main question on the subject of interest is the following:

Is it ethically permissible to enforce an advance directive or, conversely, that it is invalid during the gestational period?

2. Development

All persons, regardless of age, gestational status, gender, or pregnancy status are intrinsically deserving of the most fundamental human rights, which are life and dignity.

Unfortunately, maternal deaths continue to be a major public health problem in Mexico. The most recent information presented in the 52nd Epidemiological Week of the year 2021 by the Ministry of Health (5), reports a maternal mortality ratio of 53.1 deaths per 100 thousand estimated births.

The main causes of maternal deaths currently reported are shown in Table 1:

Table 1. Causes of maternal death

1. COVID-19. They register 442 cases (42.7%) with confirmed SARS-CoV-2 virus.
2. COVID-19. Unidentified virus 23 cases (2.2%).
3. Edema, proteinuria and hypertensive disorders that complicate pregnancy, childbirth and the puerperium (11.6%).
4. Obstetric hemorrhage in pregnancy, childbirth and postpartum 107 cases (10.3%).
5. Complications of pregnancy, childbirth and puerperium 53 cases (5.1%).
6. Abortion 43 cases (4.2%).
7. Diseases of the respiratory system that complicate pregnancy, childbirth and the puerperium 39 cases (3.8%).
8. Sepsis and other puerperal diseases 21 cases (2.0%).
9. Obstetric embolism 18 cases (1.7%).
10. Obstetric trauma 6 cases (0.6%).

Source: Ministry of Health. Epidemiological Bulletin. 2021; (52)38.

The states with the highest number of maternal deaths are currently: State of Mexico, Puebla, Veracruz, Jalisco and Chiapas. Together they account for 37.5% of registered deaths.

Mexico City was the first state in the nation to approve the Advance Directives Law in January 2008. This initiative has been approved in 16 states of the Republic.

In the case of advance directives during gestation, it is considered that there are two main problems and several questions that will be addressed below in different aspects.

First, it is of utmost importance to analyze the bioethical aspects of the signing of an advance directive during gestation or, on the contrary, the lack of it. We must consider that the objectives of advance directives may be compromised in the case of pregnant women, since they are granting their will not only with respect to their own life, but also with respect to the life of the baby. In the case in which the mother's will is to prolong her life for the benefit of the baby's life, is it ethically admissible? Under what circumstances? Is self-objectification or the objectification of the mother by legislation admissible, when the aim is to prioritize the defense of the physical life of the baby? What bioethical implications are presented when the Advance Directive Law dictates that the document will not take effect until the pregnancy is terminated? Do pregnant women not have the right to express their will, to have a dignified death without suffering? What bioethical principle should be prioritized? Are the circumstances modified when the mother can be an organ donor? Should the mother decide about the life of her baby? Should the legislation decide it?

Secondly, in Mexico, the Law of Advance Directives is only contemplated in some states. At present, we find the Advance Directive Law in the state legislation of Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Colima, Oaxaca, Yucatán, Tlaxcala, Mexico City (6), State of Mexico and Sonora. Several questions arise here: Do all of them contemplate the gestation period? Under what terms do they do so? Then, what happens in the rest of the states?

The Political Constitution of the United Mexican States in its last reform published on May 28, 2021 in the *Diario Oficial de la Federación* (7), as well as the local constitutions of the federative entities, grant broad protection to the autonomy of the governed, as well as the enjoyment of certain essential and necessary goods for the realization of the life plans that individuals may propose over the years. For

this reason, it is to be considered that one of the main functions of fundamental rights is to protect these assets against any state measure or action by third parties that may affect, directly or indirectly, said personal autonomy, through the establishment of means of protection or figures. It is in this way that the figure of the free development of the personality is contemplated, as a form of protection of the individual by the State (8).

This figure does not comprise a single specific human right but is composed of a much broader sector encompassing rights such as the right to life, physical and psychological integrity, honor, privacy, name, self-image, marital status and the right to personal dignity, the latter being the main basis for the right to free development of personality. The most vulnerable fundamental human rights in the case of advance directives in pregnancy are the right to life, the right to gender equality, the right to equality before the law, the right to autonomy and the right to dignity.

Since the basic premises of these rights are the freedom and dignity of the person, and their exercise contributes to the free development of the personality, every individual should be allowed to make their own decisions in this field provided they have sufficient discernment to understand the act he performs. For the effective exercise of personality rights, it is therefore sufficient for the holder to have what is called “natural capacity”, which can be defined as the capacity for understanding and judgment necessary to understand the scope and consequences of the act of concerned and make a responsible decision (9).

The autonomy of the will is the ethical principle that governs the human right to the free development of the personality. The figure of the right to free development of the personality is contemplated for the first time, at the constitutional level, in Germany, in the Basic Law of the Federal Republic of Germany, dated May 23, 1949, when stating in article 2.1, that “every person has the right to the free development of his personality as long as he does not violate the rights of another or violate the constitutional order or the moral law” (10); text that has remained in force to this day. In the same way, it is in

this country where its doctrinal and jurisprudential development begins, being currently the most developed in the matter and therefore a mandatory reference.

However, although it is true that in our country the figure of the right to free development of the personality is not expressly stated in our Magna Carta, it is also true that it can be derived implicitly in article 1° Constitutional, in its last paragraph, where it is established that:

(...) Any discrimination based on ethnic or national origin, gender, age, disabilities, social condition, health conditions, religion, opinions, sexual preferences, marital status or any other that violates human dignity and has the purpose of nullifying or impairing the rights and freedoms of persons is prohibited (11).

On this point, it should be noted that Article 19, second paragraph of the Political Constitution of the United Mexican States, which enshrines the right to legal security, mentions the right to the free development of personality (...) “as well as the serious crimes determined by law against the security of the nation, the free development of personality, and health”.

Without any other part of the constitutional normative text mentioning such figure and, therefore, regulating or establishing its unrestricted protection.

The Supreme Court of Justice of the Nation has stated through the issuance of various criteria that every individual must enjoy the guarantees granted by the Federal Constitution, as well as international treaties, without being able to restrict or suspend them except in the cases and under the conditions indicated by the same regulations. Undoubtedly, the existence of a constitutional will on the part of the State to ensure and protect the enjoyment of fundamental rights and to circumscribe the limitations of the same in favor of the governed is evident. It has stated that the free development of the personality is a fundamental right derived from the right to dignity, provided for in the federal Constitution and in international treaties, recognizing in turn the superiority of human dignity, by prohibiting

any conduct that violates it, based on the principle that the dignity of man is something inherent to his being and, therefore, must be respected at all times, because “it is the right to be considered as a human being, as a person, that is, as a being of eminent dignity”.

Hence, the right to free development of the personality should be understood as a fundamental right that is constituted in the faculty that each individual enjoys to autonomously choose their way of living, since it provides the necessary basis so that each subject develops their individuality, their unique characteristics, based on their autonomy and self-determination, having as a limit the obligation to adjust to the guidelines imposed by the legislation and respect for the rights of others, without interference or pressure of any kind, in order to allow you to make the decisions you deem important in your life (12).

In this way, we speak of violation of this right when an individual is irrationally prevented from reaching or pursuing legitimate aspirations in his life or from valuing and freely choosing the options and circumstances that give meaning to his existence and allow his realization as a human being, since it must be the individual himself who decides the best way to develop his rights and build his projects and models of personal realization.

This is because our fundamental order prohibits any type of discrimination that violates the right to human dignity, which is the main support of the concept of free development of personality. That is, it is the recognition that every human being has a dignity that must be always respected; it is a fundamental right for the human being, the basis and condition of all others: the right to always be recognized as a human person.

It is therefore necessary to briefly review what is meant by human dignity.

3. Human Dignity

The concept of dignity derives from the Latin *dignitas*, which means *the quality of being worthy*, which is, *deserving of something*.

The word dignity has the character of the Greek term *axioma*, which means principle, a principle that by its value can only be considered as true.

In this regard, St. Thomas Aquinas (13) determined that the dignity of man reflects respect for God, because we were made in the image and likeness of him, and, therefore, is superior to any other.

Von Wintrich (14) considers that man is an ethical-spiritual entity that by his conscious and free nature can self-determine, form and act on the world around him.

On the other hand, María Cristina Fix Fierro, director of Cooperation of the Executive Secretariat of the National Human Rights Commission (15), refers to the dignity of the person as a principle, and to the strict characteristics of something true for its simple value. This in such a way that it acquires two aspects: an autonomous one, in which respect and defense is circumscribed by the inherent condition of the person and a relational one, in which in the exercise of other rights, if there is a violation of this personal dignity, it would be a violation of the right itself” (16).

Thus, to achieve the existence of true human dignity, it is necessary to establish conditions, presuppositions and circumstances that allow human beings to enjoy a quality of life that promotes their physical, psychological and moral development.

Pico della Mirandola (17) in the concept of dignity recognizes man as the only possessor of it, with full capacity to act from his reason, capable of deciding for himself, autonomous to trace his own path and follow it, no longer depending on the supreme being who created him. In other words, the human being becomes the “only” possessor of this right, because of his full capacity to act from his reason, to be able to decide for himself and to trace his own path autonomously. Another as a mere instrument cannot treat the individual acquiring, consequently, a certain value, protected and respected by the State.

Immanuel Kant (18) considers dignity as the idea that a person is an end in itself and not a means, that we must always respect our

humanity and autonomy. Dignity resides in freedom, morality, rationality and autonomy of the will.

In this regard, María Martín Sánchez (19), points out that, because of the close connection between dignity and rights, because the first is found within all the others, it is that it is linked to all rights and freedoms, considering them as necessary for the development of the individual's personality.

Thus, human dignity as a constitutional right becomes a general principle of law with a higher value that makes it the source of all other rights, regardless of their nature and of the person. Insofar as these are necessary for integral development of the personality of the individual, based on "the right to be recognized and to live with the dignity of the human person" (20).

The Mexican legal system recognizes human dignity as a condition and basis for the other fundamental rights.

In addition, even when these very personal rights are not expressly stated in the Political Constitution of the United States, they are implicit in the international treaties signed by Mexico and, in any case, should be understood as rights derived from the recognition of the right to human dignity, since only through their full respect, it will be possible to speak of a human being in all his dignity (21).

The Universal Declaration of Human Rights (22) mentions in its preamble: "Whereas recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world". In other words, it recognizes dignity as fundamental, and likewise, that rights are guaranteed equally to all human beings.

A constitutional reform was carried out in June 2011 to the Political Constitution of the United Mexican States in its Article 1, in which it is now established that what the Constitution does is simply to recognize human rights, not to grant them, as previously considered. This is, according to Miguel Carbonell, the key to understanding the legal conception of the principle of human dignity in Mexico.

Carbonell (23) mentions that the interesting thing about the modification to article 1 made in June 2011 is that it gives us a warning

about the limits that public powers must observe, including the power in charge of reforming the Constitution (constituted constituent power). What it tells us is that no legal system can play with human dignity, a non-negotiable concept in the development of peoples and nations. Thus, we may or may not agree with the natural law approach that is now rooted in the Mexican Constitution, but we cannot deny the historical evidence that is living proof of the dangers that are run when public powers (sometimes even with the active participation citizens) disregard human dignity and commit human crimes.

The interesting thing about the subject under study is that it is necessary to consider two human beings, the mother and the baby, who have the same intrinsic value, who must be entitled to the same guarantees, whose life and dignity must be equally protected, and whose greatest good must be procured for both.

The unborn child (*nasciturus*) has the most fundamental of human rights, the right to life, without which the remaining rights could not exist, this requires its respect from the beginning of life until its death.

The pregnant mother has the right to autonomy, to determine freely the conditions that favor a dignified death free of suffering.

At present, the first cause of maternal mortality is SARS-CoV-2 virus infection; we need to pay attention to the conditions under which death occurs.

SARS-CoV-2 glycoprotein S binds to angiotensin-converting enzyme (ACE2). In viremia, it passes from the salivary glands, mucous membranes, especially nasal, and larynx, to the lungs and other organs with the same ACE2 receptors: heart, liver and even the central nervous system; and reaches the intestines. When the immune system is inefficient in effectively controlling the virus in the acute phase, it can evolve into a macrophage activation syndrome that gives rise to the dreaded cytokine storm that puts the patient in a critical state (24). These patients may die in a short time or have a slow evolution with many symptoms, which is why it is essential to protect them.

It is essential to investigate the application or lack of application of advance directives in the gestational period in our country, the implications and the impact this has on the end of life of our Mexican women and babies, and to question whether the current behavior and legal guidelines are the most adequate and ethically admissible.

In accordance with the foregoing, the legislation must safeguard dignity, the right to life and to have it defended, respect for the will, and the right to humane treatment until natural death.

Legislation must pursue the fundamentals of the Universal Declaration of Human Rights. We quote some of the articles involved with emphasis on the subject of interest:

Article 1. All human beings are born free and equal in dignity and rights....

Article 2. Everyone is entitled to all the rights and freedoms set forth in this Declaration without distinction of any kind....

Article 3. Everyone has the right to life, liberty and security of person...

Article 5. No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment..

Article 6. Every human being has the right to recognition as a person before the law.

Article 7. All are equal before the law and are entitled without distinction to equal protection of the law... (25).

In other words, according to the Universal Declaration of Human Rights, both the mother and the baby have the right to respect for their dignity, life, liberty, security and protection, and to avoid degrading and inhuman treatment. The purpose of this research work is to pursue the above.

4. Status of the unborn

Brief mention will be made of the legal status that has been granted to the unborn, with the purpose of demonstrating that they are persons and are subject to rights.

The American Convention on Human Rights (Pact of San José) refers in its article 1.2 that “every human being is a person”, and in its article 4.1 refers that: “Every person has the right to have his life respected...this right shall be protected by law and, in general, from the moment of conception...no one may be arbitrarily deprived of his life” (26). Therefore, the unborn is a person, since it belongs to the human species, and therefore its life must be protected from the moment of conception. In other words, it is recognizing the personality of the unborn from the moment of conception and therefore must be protected by law.

Article 4.5 states that “The death penalty shall not be imposed on...women in a state of pregnancy” in favor of the developing baby. At this point, it is worth mentioning that, in the case of interest, the orthothanasia of the mother is being sought, not euthanasia (in which case life is intentionally shortened), and with equal relevance the life and development of the baby.

The Universal Declaration of Human Rights states that everyone has the right to life, liberty and security of person.

The 1959 Declaration of the Rights of the Child (27) states that the child, due to his physical or mental immaturity, needs special attention and care, including appropriate legal protection, before and after birth. In addition, it states that humanity owes the child the best that it can offer.

Rita Joseph (28) states that it would be impossible to establish universal standards across national medical associations and different legal jurisdictions regarding the protection of the unborn, since national (American) legislations are based on different principles in this matter.

5. Theoretical foundations

Clinically, in the face of brain death, it is possible to maintain the somatic functions of the mother for a prolonged period. Currently, there is no limit regarding gestational age to rule out infant support,

although Anderson *et al.* consider that a gestational age of less than 24 weeks has a high risk of death or morbidity (29).

In 2010, Esmailzadeh *et al.* (30) conducted a systematic review of databases for the management of brain-dead pregnant women. In various databases, they found 30 cases of prolonged life support after maternal brain death between 1982 and 2010. Non-traumatic brain injury was the cause of brain death in 26 of 30 mothers. The mean maternal age at the time of brain death was 26.5 years. The mean gestational age at the time of brain death was 22 weeks. The mean gestational age at birth was 29.5 weeks. The authors conclude that, according to maternal stability and fetal development, the decision to maintain life support to the mother and fetus should be made on an individualized basis. A baby with a gestational age of 24 weeks has a survival rate of 20-30%, and the higher the gestational age, the higher the survival rate will increase. Prolonged somatic support can result in the birth of a baby with a satisfactory Apgar score and birth weight. The development of infants after birth may be normal. Pregnant mothers may even be organ donors for their babies once they are born. When a pregnant woman is brain dead, medical personnel are faced with two important decisions: to provide adequate support to the mother until the birth of a healthy baby, and if possible, to provide adequate support to the mother as a potential organ donor. The support to be provided to brain-dead mothers is complex and includes cardiovascular, respiratory, endocrine, nutritional, thermoregulation, infection control, and anticoagulation, among others.

6. Bioethical aspects

Personalist bioethics is the most widely accepted in Latin and Central European countries (31). In the scale of values of the personalist current, human dignity and life are subordinated to other values.

The bioethical principles (32) involved in advance directives during the gestation period are listed below:

- Principle of defense of physical life. Emphasizes the right to life and physical integrity as the basis for all other principles. To preserve the physical life of the baby we need to violate the physical integrity of the mother by prolonging her life.
- Principle of totality or therapeutic principle. It justifies interventions that seek to do some good in health —such as restoration of the part damaged by the disease— based on the good of the recovery of the whole organism and the person. Under this principle, interventions on the mother with the aim of preserving the life of the baby could be justified.
- Principle of freedom and responsibility. Emphasizes the unavoidable nature of respect for the self-determination (of freedom-responsibility) of patients and physicians. The mother is acting freely in exercising her advance directives and to limit this exercise would be to go against this principle.
- Principle of sociability and solidarity. Emphasizes life as a social good, and the promotion of the common good to achieve it and emphasizes the solidarity (sociability) of the whole with the part (distributive justice) and the need for active participation of the beneficiaries (subsidiarity). The good of the baby is pursued by prolonging the life of the mother.
- Principle of Autonomy. Principle mentioned in 1987 in the Belmont Report and published by Beauchamp and Childress in their book *Principles of Biomedical Ethics*, in which three premises are presented:
 1. Intentionality of the act. The patient himself must clearly express what his intention is.
 2. Understanding. Ensure that the patient understands the decision he/she is making and its consequences.
 3. Freedom from external control. No coercion and free decision making.

The mother exercises her autonomy by intentionally signing the advance directive document, in an informed manner and free of coercion or duress.

- Principle of Beneficence. Every ethical act must be beneficial to both the health personnel and the patient. An act is ethically more adequate when it benefits the weakest or neediest and when that benefit is more abundant and less demanding of efforts in terms of risks and costs. The Hippocratic Oath refers to always acting in the best interest of the sick. Prolonging the life of the mother is a beneficial act for the baby, but a contrary act in the case of the mother and even the health personnel.
- Principle of non-maleficence. Obligation not to intentionally cause harm. *Primum non nocere* (First do no harm). Under this principle, the human being must never be directly harmed or treated as if he or she were merely the means to an end. This is one of the fundamental principles in the present case. By prolonging the life of the mother, harm is being intentionally produced, using her to an end.
- Principle of justice. Persons in similar situations should be treated similarly. No discrimination should be made. All people are equal and we all possess the same dignity. It is to give to each one what corresponds and belongs to him/her, always proceeding based on equity and respect for the good of all. By nullifying a woman's advance directives during pregnancy, she is being treated differently from any other person in the same situation.
- Principle of therapeutic proportionality. Ethical obligation to implement all those medical interventions that are in due proportion between the means employed and the expected result. Proportionality between the life of the baby and the dignity of the mother could be justified.
- Principle of double effect. Practical reasoning that serves to determine the lawfulness of an action that produces or may produce two effects, one of which is good and the other bad. A cause directed to a good effect is lawful, even if a bad effect follows from it, when the following conditions are met:

1. That the end pursued is good.
2. That the cause be in itself good or at least indifferent.
3. That the good effect precedes or at least follows from the cause with equal immediacy to the bad.
4. That the good effect be proportionally superior to the bad effect.

In the case under discussion, the end pursued is that the baby survives, which is a good end. The cause is bad, the mother is objectified and her dignity is violated. The good effect, which is the survival of the baby, does not precede, but continues from the cause. We consider that the good effect and the bad effect have the same proportion. Therefore, prolonging the life of the mother to save the baby cannot be justified by a principle of double effect.

7. National and International Overview of Advance Directives

The following is a brief overview of the international panorama of advance directives. Its origin is attributed to the United States of America (USA). It crossed the American continent and reached Europe, particularly the United Kingdom, Switzerland, Holland, Australia, Spain, Italy, France, Germany, etc. (33).

Renata Da Silva and Aluisio Gomes (34) present the Latin American countries that already have consolidated legislation on advance directives, including Puerto Rico, Argentina, Mexico, Uruguay and Colombia. In Brazil, because there is still no law on the subject, directives are dealt with and discussed by Resolution 1,995/2012 of the Federal Council of Medicine.

A retrospective study conducted in 2019 by DeMartino *et al.* (35) in the USA compared state legislations across the country regarding therapeutic decision making in pregnant women. It concluded that 38 states identify pregnancy as a condition that has an influence on

advance directives. Of these, 30 states limit the option to withhold life-prolonging treatment for pregnant women. Sixty-eight percent of the advance directive forms do not specify limitations or exceptions during pregnancy even though they exist. Although states have an obligation to be transparent about restrictions during pregnancy, the heterogeneity in state legislation and the justification for these restrictions warrant greater ethical and legal scrutiny. The frequency of these statutes or their effect on clinical practice is unknown. Twelve states require life-sustaining therapy until the fetus is born, regardless of gestational age at the time the mother becomes ill, and regardless of whether there is an advance directive document stating otherwise.

In Mexico, the Advance Directive Law was enacted in 2008. Currently we find the Advance Directive Law in the state legislation of: Federal District (Mexico City), Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosi, Michoacan, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, State of Mexico, Colima, Oaxaca, Yucatan, Tlaxcala, Veracruz and Sonora. The most recent being the Advance Directive Law for the State of Sonora, approved on April 27, 2021. There are 10 states with an initiative of legislation on advance directives.

In the last reform of the Law of Advance Directives for the Federal District published on August 9, 2021 (36), the specific case of gestation is not contemplated.

The Law for the Protection of the Dignity of the Terminally Ill for the State of Coahuila, in its article 21, mentions: “In the event that the author is a pregnant woman and, under that state, suffers from a terminal illness, the provisions contained in the Document of Provisions Foresighted will be applicable considering in supreme importance the preservation of the life of the being in gestation” (37).

The Advance Directive Law for the State of Aguascalientes does not make exceptions in the case of pregnant women (38). The same is true of the legislation of San Luis Potosí, in its State Law on the Rights of Persons in the Terminal Phase (39), in the Law of Advance Directives for the State of Veracruz de Ignacio de la Llave

(40), in the Advance Directive Law of the State of Michoacán (41), of the States of Hidalgo (42), Guanajuato (43), State of Mexico (44), Oaxaca (45), Tlaxcala (46), Guerrero (47) and Sonora (48). It is also not contemplated in the Law on the Rights of the Terminally Ill for the State of Nayarit (49).

The Law of Advance Directive for the State of Colima establishes in its Article 26 that: “The effects of the document will be suspended when the signatory is a pregnant woman suffering from a terminal illness, until the end of the gestation stage” (50).

The Law of Advance Will of the State of Yucatan, in its Article 29, where it refers to the “protection of the pregnant woman” as follows: “In the event that the signatory is a pregnant woman and is in the terminal stage, the advance directive document will not take effect until the pregnancy is over, with the purpose of protecting the product” (51). At this point, I would like to ask the reader if it is really, as it refers a protection of the pregnant woman.

There is an initiative with a draft decree to modify the General Health Law, adding an article 51 bis, on advance directives. It does not make exceptions during the gestation period. It states the following: “Article 51 bis. Any person, foreseeing a state of terminal, irreversible and incurable illness, may express in advance his/her opposition to clinical or surgical treatments, when these are considered disproportionate or extraordinary, and only serve to prolong the agony” (52).

Since 2012, Moreno Sánchez and Cruz González (53), proposed a Federal Law on advance directives to avoid the disparity of legislation and conflict of laws.

Congressman Jorge Álvarez Máynez, proposed on August 15, 2018 an initiative with draft decree by which section XVI of article 73 of the Political Constitution of the United Mexican States is amended and by which the General Law of Advance Directives is issued. Said initiative with draft decree was retaken to legislate on the matter on December 14, 2021. The objectives of this initiative are: to issue the General Law of Advance Will; to avoid the existence of criminal sanctions for persons who strictly comply with the provisions of the

General Law of Advance Will; and to regulate the figure of the Declaration of Advance Will within the General Health Law in order to prevent sick persons from being subjected to treatments that violate human dignity; it also seeks to guarantee a quality life for patients by avoiding unnecessary procedures (54). This initiative proposes the training of health personnel, dissemination and general application throughout the Mexican Republic. However, this same initiative also proposes to add a paragraph to article 312 of the Federal Criminal Code establishing that the penalty of imprisonment for anyone who assists or induces another person to commit suicide, or himself executes the death, is not applicable for medical personnel acting in accordance with the provisions of the General Law of Advance Directives.

On September 18, 2018, Congressman Armando Tonatiuh González Case proposed the initiative with draft decree that amends and adds various articles of the Law of Advance Will for Mexico City, the Health Law for the Federal District and the Criminal Code of the Federal District. It proposes, among other modifications, to include in its article 43, the possibility of health personnel to administer medications or medical treatments that intentionally provoke the death of the terminally ill patient (55).

Doctors DeMartino and Chor (56) are of the opinion that nullifying individual preferences that are explicitly indicated in an advance directives document is a direct violation of their autonomy. Disregarding a person's values and principles is contrary to adequate care. Prolonging basic life support therapy because a person is pregnant, regardless of medical circumstances, can result in months of suffering, putting the medical oath of "do no harm" to the test. These restrictions violate the principle of fairness and may be unconstitutional.

8. Applicable international and national legislation

The World Health Organization (57) defines early childhood as the period from prenatal development to eighteen years of age.

The Universal Declaration of Human Rights (58) states that “...all human beings are born free and equal in dignity and rights...Everyone has the rights and freedoms set forth in this Declaration...Everyone has the right to life, liberty and security of person...Everyone, as a member of society, has the right to...his dignity and to the free development of his personality...respect for human rights and fundamental freedoms...”.

The Convention on the Rights of the Child (59) states that “...a child means every human being below the age of eighteen years... a primary consideration shall be the best interests of the child...to ensure the child such protection and care as is necessary for his or her well-being...and, to this end, shall take all appropriate legislative and administrative measures...states parties shall ensure that institutions, services and facilities responsible for the care or protection of children shall conform with established standards...”.

The Political Constitution of the United Mexican States (60) mentions: “...Women and men are equal before the law... In all decisions and actions of the State, the principle of the best interest of children shall be ensured and complied with, fully guaranteeing their rights”.

The Law for the Protection of the Rights of Children and Adolescents (61) establishes that: “Children and adolescents have the right...to have their personal integrity protected, in order to achieve the best conditions of well-being and the free development of their personality”.

There is a lack of knowledge among both health personnel and the population about Advance Directives. In 2015, Mendoza, Guadarrama and Veytia (62) conclude that health professionals are unaware of what the advance directives document is, the regulations that govern it, as well as how to carry it out and how to find out if patients have it done.

A study conducted at the third level of care of the IMSS in Mexico City reported in 2016 that the knowledge of health professionals about conditions, objectives, and legislation on advance directives is partial (63).

Carrasco, Olivares, and Pedraza (64) reported in 2016 that only 21.2% of a geriatric population was aware of the existence of an Advance Directive Law.

The Mexican Official Standard, NOM-011-SSA3-2014 (65) aims, to establish the minimum indispensable criteria and procedures, which allow to provide through inter and multidisciplinary health teams, palliative care services to patients suffering from a terminal illness, in order to contribute to provide them with well-being and a dignified quality of life until the moment of their death, promoting behaviors of respect and strengthening the autonomy of the patient and his family, preventing possible actions and behaviors that may result in abandonment or prolongation of the agony, as well as avoiding the application of measures that are potentially susceptible to constitute therapeutic obstinacy”.

The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being about the Application of Biology and Medicine (66), a convention on Human Rights and Biomedicine, known internationally as the Oviedo Convention or Asturias Convention, speaks of the primacy of the human being, and mentions that the interest and welfare of the human being shall prevail over the exclusive interest of society or science. Previously expressed wishes regarding a medical intervention by a patient who, at the time of the intervention, is not able to express his or her will, shall be taken into consideration.

The regulation of the General Health Law on the provision of health care services (67). Last amended in the *Diario Oficial de la Federación* on July 17, 2018 in its article 138 bis 13 expresses the obligatory nature of the treating physicians to comply with the advance directives. The third section refers to the advance directives (section added on November 1, 2013), in its article 138 bis 22 exempts from the provisions that are contrary to the Mexican legal order, particularly regarding to the criminal type of equivalent to euthanasia and assisted suicide.

The General Health Law (last amendment published in the *Diario Oficial de la Federación* on November 22, 2021) (68) in its article 166

Bis 1. vi. Extraordinary means. Those that constitute too serious a burden for the patient and whose harm is greater than the benefits; in which case, these means may be evaluated in comparison to the type of therapy, the degree of difficulty and risk involved, the necessary expenses and the possibilities of application with respect to the result that may be expected from all of the above. Article 166 Bis 3. iv. Terminally ill patients have the following rights: to receive dignified, respectful and professional treatment, seeking to preserve their quality of life. vi. To give their written informed consent for the application or not of treatments, medications and palliative care appropriate to their illness, needs and quality of life. Article 166 Bis 17 establishes that “*In no case and for no reason shall the treating physicians implement extraordinary means to the terminally ill patient without his/her consent*”. Its purpose is to safeguard the dignity of terminally ill patients, to guarantee a quality life through the necessary medical care and attention.

“In the substitution of tissues and organs, the cadaveric donor could have expressed in life his desire to donate organs for transplantation, otherwise, it will be the relatives, the responsible person or the civil authorities the ones to authorize the procurement of organs in accordance with the General Law of Health. In multiple organ procurement, the encephalically dead donor goes to the operating room with a beating heart, adequate perfusion and tissue oxygenation, the organs are obtained according to a pre-established protocol, and the heart stops beating, thus passing from encephalic death with vegetative life maintained artificially to the complete death of the individual” (69).

The Health Law for the Federal District (70) in its article 14. 1. refers to the equal access of women and men to health. In its article 16 Bis 3. Respect for dignity...A humane terminal care and to receive all available assistance to die as dignified and relieved as possible... The obligation of the Government of the Federal District to comply with the provisions of the Law of Advance Directives for the Federal District, provided that the requirements established therein have been met”.

9. Human right to decide on one's own life and body

René Descartes (71) proposed that there is not only one conception of the body, but also two: a body-object reducible to *res extensa* and a body-subject incapable of being reduced to mere extension (union of body and soul). He said that the soul and the body can exist independently of each other, but in this life, they are united.

St. Thomas (72) identified the soul as present in every part of him and makes the human body a person.

Currently, there is a tendency to consider that the body is not the person but belongs to it. There have been profound reflections on this subject, and it continues to be a matter of debate. We include this brief analysis considering one of the questions we asked at the beginning of this study: What happens if it is the woman herself who decides to undergo extraordinary measures if necessary to preserve the life of her baby? Current legislation would not prevent it, but would it be ethically admissible?

It is considered important to clarify that the erroneous meaning to which the right to decide on one's own life and body has been attributed, equating it with the right to abort, is not the subject of interest in this investigation. In that sense, it is very different, since in the case of voluntary abortion, the baby's life is being decided, which is not being threatened for any other reason than the mother's wish.

10. Discussion

In the case of the mother freely deciding to be used during her terminal period in favor of the baby's life, when, due to unavoidable circumstances, the mother's life and, consequently, the baby's life are threatened, the following aspects are involved:

- The principle of respect for physical life is respected.
- The principle of autonomy is respected.

- The principle of freedom and responsibility is respected.
- The principle of solidarity is respected.
- It contradicts the principle of non-maleficence.
- It justifies the principle of double effect.

Considering all the above, it is established that it is ethically admissible for the mother to freely express her desire to prolong her life if necessary to safeguard the life of her baby, although we consider that this is a matter for further study and debate.

The reification of the mother by the legislation through the nullification of her will is inadmissible because it is directly violating her autonomy and dignity, and it is acting inequitably in relation to other people whose will is validated.

So, what are the bioethical implications when the Advance Directive Law dictates that the document will not take effect until the pregnancy is terminated? The principle of freedom and responsibility, the principle of autonomy and the principle of justice are violated. The right to express one's will, to have a dignified death without suffering, is eliminated.

Currently, the states of the Mexican Republic that nullify the fulfillment of advance directives during the gestation period are placing women in a situation of gender inequity and putting at risk their right to a dignified death free of suffering.

By not having legislation, or in its case, that the legislation expressly states that it is not valid in the case of women in gestation period. They are being deprived of the guarantee to be treated as living human beings until the end of their days, to have their will respected, to have their dignity respected, to be treated humanely, to have their suffering diminished, and they are being deprived of the guarantee to a natural death in dignified conditions.

Fundamental human rights such as dignity are being violated because, for the purpose of keeping the baby alive, the mother is objectified the woman is reduced to her body and is used to an end. Moreover, constitutional rights are being violated, such as the prohi-

bition of any discrimination based on gender, or any other that violates human dignity and aims to nullify or impair the rights and freedoms of individuals” (73).

Undoubtedly, we need to protect in the same way the other human being whose life and well-being are vulnerable to these adverse circumstances. It must be ensured that everything possible is done to care for the integrity, health and survival of the baby. This includes the possibility of organ donation by the mother postmortem. That said, it is imperative that the dignity and rights of the mother be safeguarded.

The bioethical aspects to be considered in each of the decisions are presented in Table 2:

Table 2. Bioethical aspects

PRINCIPLES INVOLVED	
PROLONG THE LIFE OF THE MOTHER	ORTHOTANASIA OF THE MOTHER
<ul style="list-style-type: none">• Defense to the physical life of the baby	<ul style="list-style-type: none">• Freedom and responsibility
<ul style="list-style-type: none">• Therapeutic	<ul style="list-style-type: none">• Autonomy
<ul style="list-style-type: none">• Sociability and solidarity	<ul style="list-style-type: none">• Charity
<ul style="list-style-type: none">• Proportionality	<ul style="list-style-type: none">• No-maleficence
	<ul style="list-style-type: none">• Justice

Source: prepared by the author.

To the above it is necessary to add the defense of the mother’s dignity in orthothanasia.

It is very important to defend physical life, this is very true and there is no debate, but it is not acceptable to do so at all costs. The end does not justify the means. The well-being and survival of the baby must be always sought, if the mother is not harmed.

11. Conclusions

Advance directives are a manifestation of the exercise of the right to autonomy of will of individuals, freely expressing the desired circumstances surrounding their death. Human beings are a biological, psychological, social, cultural and spiritual complex that is unique and unrepeatable during our lifetime, and in this sense will be so during our death. The choice to sign an advance directive is a highly personal decision.

Bioethical aspects, national and international legislation, and the implications of acting in one way or another when confronted with a situation of terminal illness and/or maternal death during the gestation period have been reviewed.

Through analysis and reflection, the proposals for intervention for legislation in our country are the following:

1. To homologate all state advance directives laws to ensure proper compliance with them in a Federal Law of Advance Directives. It is necessary to avoid discrepancies between state laws on advance directives to streamline procedures, facilitate understanding, make the procedure accessible and avoid complications. This federal law must contemplate the protection of all persons, including and specifying during the gestation period the mother and the baby. It should consider the gestation period as a vulnerable time for the mother and the baby and seek the best welfare of the baby without compromising the dignity of the woman and respecting her autonomy.

2. It is necessary that the legislatures of the states and Mexico City issue the initiative of the Federal Law of Advance Directives. To achieve this, it is necessary to give it sufficient importance. It is

therefore imperative that dissemination is provided so that not only medical personnel have the necessary knowledge regarding advance directives, but also the population, giving special attention to the geriatric population and patients diagnosed with terminal illnesses.

3. Encourage and promote legislation in states that do not yet have advance directives laws. So that no Mexican is violated in his or her capacity to exercise autonomy and self-determination. If the approval of the Federal Law of Advance Directives were obtained, this would no longer be necessary.

4. Modify the legislation of advance directives that nullify said document during the gestation period, so that, contrary to nullifying, they consider incorporating the following:

In case of being in gestation period, advice will be sought by a bioethics committee that supports to determine in each particular case the conditions that favor the development and survival of the baby, whenever possible, without resorting to treatments and/or extraordinary measures that put at risk the dignified death and free of suffering of the mother.

In this way, cases are individualized, which is necessary because of the different circumstances that may arise. The variable circumstances in which the baby may find itself include its gestational age, state of health, and probabilities of survival. The variable circumstances are very broad, so the most advisable is to be analyzed and advised by a bioethics committee, which can provide guidance regarding the conditions in which both people are and help find the greatest good for both.

Currently, the Law for the Protection of the Dignity of the Terminally Ill for the State of Coahuila is the most respectful of both individuals involved. In its article 21, which mentions: “In the event that the perpetrator is a pregnant woman and, under that state, suffers from a terminal illness, the provisions contained in the Preliminary Provisions Document will be applicable considering the preservation of the life of the being in gestation as paramount importance”.

On December 14, 2011, a reform to the General Health Law was published in the *Diario Oficial de la Federación*, through which article 41 Bis was added. It states that establishments for medical care in the public sector, social or private sector of the National Health System, according to their degree of complexity and level of resolution, they must have a hospital bioethics committee to resolve problems arising from preventive, curative, rehabilitative or palliative medical care, as well as for analysis, discussion and support in decision-making regarding bioethical problems that arise in clinical practice or in teaching (74). For this reason, it must have the support of an interdisciplinary bioethics committee that can propose the greatest good for both parties.

5. Widely disseminate the objectives and relevant information on Advance Directives. Educate the population and health care personnel on the benefits, process and requirements for signing the advance directives.

The importance of disseminating information, and the practicality and ease of signing an advance directives document are crucial to ensure that Mexicans in our country enjoy a dignified death.

To carry out the above, it is required:

Start including the necessary information regarding advance directives in the training plan for health professionals in all universities in the country.

Provide talks, distribute pamphlets, and place informative posters in hospitals at all levels of care, paying particular attention to the geriatric population and those patients diagnosed with terminal illnesses.

Disseminate through social networks, websites of universities, hospitals, residences and hospices the necessary information. General information is currently available on the website of the Secretary of Health of the Government of the State of Mexico.

In summary, it is necessary to legislate advance directives throughout our country, in an adequate manner, guaranteeing the protection of both the mother and the baby. Equally important is the dissemi-

nation of information and practicality in expressing advance directives. Only in this way, we can ensure that our country enjoys a guarantee for all people to achieve a dignified death.

In conclusion, it is ethically inadmissible to invalidate an advance directive for being in the gestation period.

References

1. Diccionario Etimológico Castellano en Línea [Internet]. [Accessed on 2022 Feb 17]. Available at: <http://etimologias.dechile.net/?ortotanasia>
2. Secretaría de Salud del Estado de México. Voluntades Anticipadas [Internet]. [Accessed on 2022 Jan 7]. Available at: https://salud.edomex.gob.mx/salud/voluntades_anticipadas
3. Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*. 2020; 20(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011.
4. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 20]. Available at: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
5. Secretaría de Salud. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna [Internet]. 2021 [Accessed on 2021 Dec 20]. Available at: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf
6. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. Voluntades Anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida [Internet]. [Accessed on 2021 Dec 17]. Available at: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf
7. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [Accessed on 2022 Mar]. Available at: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
8. Cervantes H. El libre desarrollo de la personalidad: una cuestión de libertad. *Repositorio-Digital CIDE* [Internet]. 2016 [Accessed on 2022 Mar]. Available at: <http://repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/574>
9. Hernández A. Derecho al libre desarrollo de la personalidad. Mexico: Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México; 2018.
10. Universidad de Barcelona [Internet]. 1949 [Accessed on 2022 Mar 3]. Available at: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/textos/ca1946.htm>
11. Justicia México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [Accessed on 2022 Mar 3]. Available at: <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primero/capitulo-i/#articulo-1o>

12. Fernández F. La dignidad de la persona en el ordenamiento constitucional español. *Revista Vasca de Administración Pública*. 1995; 43:52-70.
13. Gómez E. La dignidad de la persona [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 May 18]. Available at: <https://www.santotomas.cl/formacion-e-identidad/quienes-somos/capsulas/la-dignidad-la-persona-2/>
14. Wintrich J. *Zur Problematik der Grundrechte*. Germany: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1957.
15. Fix M. La dignidad de la persona en España y México [Internet]. Mexico: Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM [Accessed on 2022 Mar 3]. Available at: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-cndh/article/download/5590/4934>
16. Gómez Y. *Derechos y Libertades*. Madrid: Sanz y Torres; 2003.
17. Pico G. *Discurso sobre la dignidad del hombre*. Mexico: UNAM; 2004.
18. Gutmann, T. Dignidad y autonomía. Reflexiones sobre la tradición kantiana. *Estudios de Filosofía*. 2019; 59:233-254.
19. Martín M. El derecho a ser diferente: dignidad y libertad. Colección sobre la protección constitucional de los derechos humanos. Mexico: CNDH; 2015.
20. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Derecho a la dignidad humana [Internet]. 1953 [Accessed on 2022 Mar]. Available at: https://www.scjn.gob.mx/Transparencia/Documents/CriteriosPJF/Tesis_tematica_derecho_a_la_propia_imagen.pdf
21. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [Accessed on 2021 Dec 15]. Available at: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/cpeum.pdf>
22. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948 [Accessed on 2022 Dec 21]. Available at: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
23. Carbonell, M. Dignidad humana. Hechos y derechos. *Revistas del IJ*. 2018; (48). Available at: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/12985/14530>
24. López-Pérez G, Ramírez-Sandoval M, Solyenetzin M. Fisiopatología del daño multiórgánico en la infección por SARS-CoV-2. *Acta Pediatr Mex*. 2020; 41(1):27-41.
25. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948 (Accessed on 2022 Dec 21). Available at: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
26. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos [Internet]. Costa Rica [Accessed on 2022 Mar 16]. Available at: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>
27. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Declaración de los derechos del niño [Internet]. 1959 [Accessed on 2022 Mar 18]. Available at: https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/provictima/1legislaci%c3%93n/3instrumentosinternacionales/e/declaracion_derechos_nino.pdf
28. Joseph R. *Human Rights and the Unborn Child*. Boston: Martinus Nijhoff; 2009.
29. Anderson J, Baer R, Partridge J, Kuppermann M, Franck L, Rand L, Jelliffe-Pawlowski L, Rogers E. Survival and major morbidity of extremely preterm infants: a population-based study. *Pediatr*. 2016; 138(1).

30. Esmailzadeh M, Dictus C, Kayvanpour E, Sedaghat-Hamedani F, Eichbaum M, Hofer S, Engelmann G, Fonouni H, Golriz, M, Schmidt J, Unterberg A, Mehrabi A, Ahmadi R. One life ends, another begins: management of a brain-dead pregnant mother. A systematic review. *BMC Medicine*. 2010; 8(1).
31. Insua, J. Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Persona y Bioética*. 2018; 22(2):223–246. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.3>
32. Saavedra J, Tarasco M. *Bioética. Aporte para un debate necesario*. México: Partido Acción Nacional; 2018.
33. Moreno C, Cruz M. La voluntad anticipada en México y su posible regulación a través de una ley federal. Tla-Melaua. *Revista de Ciencias Sociales*. 2013; (34). <http://dx.doi.org/10.32399/rtla.7.34.46>
34. da Silva R, Gomes A. Directivas anticipadas de voluntad: recorrido histórico en América Latina. *Rev. Bioét*. 2019; 27(1).
35. DeMartino E, Sperry B, Doyle C, Chor J, Kramer D, Dudzinski D, Mueller P. US state regulation of decisions for pregnant women without decisional capacity. *JAMA*. 2019; 321(16):1629. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.2587>
36. Suprema Corte de Justicia de la nación [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 6]. Available at: <https://legislacion.scjn.gob.mx/buscador/paginas/wfarticulado-fast.aspx?q=loyqdfbfgdad4uxa/alnfbqop9otlf04yb6rymcc6iejipqdojhsdete8tx-cy+qzjve/p8bawzhgoz3yleca>
37. Congreso del Estado de Coahuila. Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal, para el Estado de Coahuila [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 6]. Available at: https://congresocoahuila.gob.mx/transparencia/03/Leyes_Coahuila/coa159.pdf
38. Congreso del Estado de Aguascalientes. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 6]. Available at: https://congresoags.gob.mx/agenda_legislativa/leyes/descargarPdf/260
39. Gobierno de México. Orden Jurídico Nacional. Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 6]. Available at: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/San%20Luis%20Potosi/wo39566.pdf>
40. Cámara de Diputados LXV Legislatura. Proyecto de decreto por el que se modifica la Ley General de Salud, adicionando un artículo 51 bis, sobre las voluntades anticipadas [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 13]. Available at: <https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmptrvs/iniciativas/Inic/752/2.htm>
41. Congreso del Estado de Michoacán. Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 6]. Available at: <http://congresomich.gob.mx/file/ley-de-voluntad-vital-anticipada-ref-14-de-agosto-de-201838870.pdf>
42. Congreso del Estado de Hidalgo. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Hidalgo [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 6]. Available at: http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Voluntad%20Anticipada%20para%20el%20Estado%20de%20Hidalgo.pdf

43. Gobierno del Estado de Guanajuato. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Guanajuato [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 7]. Available at: http://segob.guanajuato.gob.mx:8088/files/frac_1/ley_local/ley_de_voluntad_anticipada_para_el_estado_de_guanajuato_jun_2011.pdf
44. Secretaria de Asuntos Parlamentarios [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 7]. Available at: http://www.secretariadeasuntosparlamentarios.gob.mx/leyes_y_codigos.html
45. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 7]. Available at: https://normas.cndh.org.mx/Documentos/Oaxaca/Reglamento_LVAE_Oax.pdf
46. Congreso del Estado de Tlaxcala. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Tlaxcala [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 7]. Available at: https://congresodetlaxcala.gob.mx/archivo/leyes2020/pdf/75_Ley_de_voluntad.pdf
47. Congreso del Estado de Guerrero. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Guerrero [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 7]. Available at: <https://congresogro.gob.mx/legislacion/ordinarias/archi/ley-de-voluntad-anticipada-para-el-estado-de-guerrero-1173-2021-03-10.pdf>
48. Congreso del Estado de Sonora. Ley de voluntad anticipada del Estado de Sonora [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 16]. Available at: http://www.congresoson.gob.mx:81/Content/Doc_leyes/Doc_583.pdf
49. Congreso del Estado de Nayarit. Ley de Derechos de los Enfermos en Etapa Terminal para el Estado de Nayarit [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 7]. Available at: <https://www.congresonayarit.mx/media/1178/derechos-de-los-enfermos-en-etapa-terminal-para-el-estado-de-nayarit-ley-de.pdf>
50. Congreso del Estado de Colima. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Colima [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 16]. Available at: <https://vlex.com.mx/vid/ley-voluntad-anticipada-colima-575248554>
51. Congreso del Estado de Yucatán. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 10]. Available at: http://www.yucatan.gob.mx/docs/diario_oficial/diarios/2016/2016-06-18_1.pdf
52. Cámara de Diputados LXV Legislatura. Proyecto de decreto por el que se modifica la Ley General de Salud, adicionando un artículo 51 bis, sobre las voluntades anticipadas [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 16]. Available at: <https://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmptrvs/iniciativas/Inic/752/2.htm>
53. Moreno C, Cruz M. La voluntad anticipada en México y su posible regulación a través de una ley federal. *Revista de Ciencias Sociales*. 2013; 7(34).
54. Secretaria de Gobernación. Sistema de Información Legislativa. Iniciativa que expide la Ley General de Voluntad Anticipada; y reforma y adiciona diversas disposiciones del Código Penal Federal y de la Ley General de Salud, a cargo del diputado Jorge Álvarez Máynez, del grupo parlamentario de movimiento ciudadano [Internet]. 2021 [Accessed on 2022 Mar 15]. Available at: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/12/asun_4291921_20211215_1639510754.pdf

55. Congreso de la Ciudad de México. Iniciativa con proyecto de decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley de voluntad anticipada para la Ciudad de México, la Ley de Salud para el Distrito Federal y el Código Penal del Distrito Federal [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Mar 16]. Available at: <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/c3c12112268d6bd0e656e820a8da-820f7bb66946.pdf>
56. DeMartino E, Chor J. Potential for state restrictions to impact critical care of pregnant patients with coronavirus disease 2019. *Chest*. 2021; 59(2):873-875. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.063>
57. Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad [Internet]. 2013 [Accessed on 2022 May 23]. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78590/9789243504063_spa.pdf
58. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 1948 [Accessed on 2022 May 23]. Available at: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
59. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. 2018 [Accessed on 2022 May 23]. Available at: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2018-11/convencion_derechos_nino.pdf
60. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [Accessed on 2022 May 23]. Available at: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/cpeum.pdf>
61. Gobierno de México. Secretaría de Educación Pública. Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes [Internet]. 2020 [Accessed on 2022 May 23]. Available at: https://www.ipn.mx/assets/files/defensoria/docs/Normatividad%20nacional/21_Ley-para-laProteccion-de-los-Derechos-de-Ninas-Ninos-yAdolescentes.pdf
62. Márquez O, Guadarrama R, Veytia M. Voluntad anticipada. Una investigación a profesionales de la salud. *Dignitas*. 2015; 27:17-31.
63. Gaona V, Campos L, Ocampo J, Alcalá E, Patiño M. La voluntad anticipada y su conocimiento por médicos en hospitales de tercer nivel. *Gac Med Mex*. 2016; 152:486-94.
64. Carrasco A, Olivares A, Pedraza A. Nivel de conocimiento de "la ley de voluntad anticipada" en población geriátrica en México. *Rev Cub Med Gen Int*. 2019; 35(1).
65. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos [Internet]. 2008 [Accessed on 2022 Oct 11]. Available at: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5368775&fecha=19/11/2014
66. Archivos del IIJ de la UNAM. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina [Internet]. 1997 [Accessed on 2022 Mar 14]. Available at: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf>
67. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

- Última reforma publicada [Internet]. 2018 [Accessed on 2022 Jan 19]. Available at: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
68. Gutiérrez C. La bioética ante la muerte. *Gaceta Médica de México*. 2021; 137(3):274.
69. Gobierno de México. Orden Jurídico Nacional. Ley de Salud para el Distrito Federal [Internet]. 1987 [Accessed on 2022 Jan 19]. Available at: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/estatal/distrito%20federal/leyes/dfley41.pdf>
70. Menacho, M. 2008. Cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto en René Descartes. Universidad Nacional de La Plata [Internet] 2008 [Accessed on 2022 Feb 12]. Available at: <https://www.academica.org/000-096/424.pdf>
71. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. Voluntades Anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida [Internet]. [Accessed on 2022 Mar 10]. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf
72. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. Voluntades Anticipadas: reflexiones bioéticas sobre el final de la vida [Internet]. [Accessed on 2022 Jan 7]. Available at: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf
73. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2021 [Accessed on 2022 Mar 10]. Available at: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



La dignidad de las personas en las investigaciones clínicas

Dignity of persons in clinical research

Rafael Bustos Saldaña*
Universidad de Guadalajara, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.03>

Resumen

El fin de la ciencia es lograr un conocimiento de la realidad para la transformación adecuada del hombre y su ambiente. Las investigaciones clínicas están encaminadas a utilizar a los seres humanos o a sus derivados como parte del conocimiento para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades. Todos los estudios realizados en personas deben tomar en cuenta su dignidad en la concepción misma de los proyectos, por lo que es fundamental que se respeten sus derechos humanos. La bioética, al ser una disciplina que se establece como protectora de las personas y su medio ambiente, debe salvaguardar la dignidad de los participantes.

Palabras clave: dignidad humana, investigación clínica, bioética.

* Coordinador de Especialidades Médicas, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara. Correo electrónico: afaelb@cusur.udg.mx
<https://orcid.org/0000-0001-8357-3610>
Recepción: 20/05/22 Aceptación: 26/06/22

1. Introducción

La investigación científica tiene por objetivo lograr un conocimiento imparcial y verdadero de la realidad circundante para guiarlo en favor de la transformación del hombre y su ambiente, de esta manera, se obtendrá una información segura y fidedigna para entender, corregir, verificar o aplicar una comprensión o juicio (por medio de un proceso reflexivo controlado, crítico y sistemático) en el descubrimiento de nuevos hechos, relaciones y leyes (1).

El desarrollo del progreso ha hecho que los cambios en las perspectivas de la investigación (principalmente clínica) se presenten en forma acelerada, con consecuencias en ocasiones imprevisibles, esto ha traído como resultado una auténtica revolución ética y jurídica que en algunos casos es difícil de precisar (2).

En cada proyecto realizado se debe considerar: la protección de la vida, la salud, la integridad, la autodeterminación, la intimidad y confidencialidad de los participantes y su responsabilidad (3,4). Toda investigación clínica tiene la meta de respetar los derechos humanos y la dignidad de las personas (5).

Las investigaciones clínicas se deben basar en los conocimientos básicos de la biología, la fisiología, la medicina y la ética para mejorar la comprensión de los procesos de salud-enfermedad de los pacientes (4). En el caso de la enfermedad por sí misma, esta constituye un giro existencial y biológico para las personas, por lo que, las investigaciones deberán tener un conocimiento integral del acto de contraerlas y de su cuidado. La mayoría de estos estudios (como las actividades frecuentes de la medicina en general) están influenciados por técnicas que conllevan a fundamentar prácticas exclusivamente de hechos objetivos, dejando atrás las percepciones subjetivas de la comprensión integral de los procesos de enfermedad que no solo afectan el cuerpo físico sino a la totalidad de las personas (6).

La bioética está muy ligada a la investigación clínica para contribuir al desarrollo de la humanidad y se basa en los valores morales de los individuos. Si se apreciaran en la misma cuantía los valores

éticos que aquellos científicos-metodológicos, los estudios tendrían que ser revalorados por el impacto que tienen en las personas (7). De esta manera, la concepción de la bioética en la investigación debe proporcionar una protección para el valor primordial de la dignidad humana (8).

Este encuadre pone de manifiesto que el ser humano es el componente fundamental de las investigaciones clínicas, por lo que su libertad, respeto, integridad y su trato en forma justa sin discriminaciones, constituye la dignidad de las personas que, por sí misma, incrementa en forma sustancial el valor del conocimiento que se obtiene de ellas.

2. Persona y dignidad

Para hablar de la dignidad en las personas, primero se debe de explicar su concepto a través de varios enfoques:

1. Etimológicamente proviene del latín “máscara de actor”, personaje teatral o personalidad (9).
2. El concepto de dignidad se encuentra asociado a lo humano cuando se le ha dejado un lugar privilegiado en la naturaleza (ya sea por razón mítica o ligada a concepciones teológicas de semejanza a dios) (10).
3. Desde el punto de vista ético, la persona puede ser concebida en la corriente personalista como aquel ser vivo humano que, más allá de su estructura individualista, presenta una apertura social y comunitaria en su dinámica de desarrollo y, de esta manera, otorga un significado al mundo en sus relaciones y acciones, tanto en sus fundamentos como en sus criterios éticos (11), por lo que la persona es un ser con otros seres y no un ser totalmente aislado (2,12).
4. Jurídicamente se puede considerar a las personas como entidades independientes que tienen capacidades que inician

desde su nacimiento y terminan hasta su muerte, por lo anterior, toda persona es un ser humano y tiene derecho a la vida y a su dignidad (13).

Esta persona es un individuo que posee una capacidad cognitiva superior, no solo sobre sí mismo, sino sobre su alrededor, tanto en el presente, pasado y muy probablemente en el futuro, considerándose a sí mismo como un sujeto persistente, constante y único durante toda su vida (14). No se puede concebir el tratar a una persona sin tener en cuenta los derechos que conlleva la dignidad que representa por su naturaleza y su ser.

Se podría considerar a la dignidad como un principio portador de valores y derechos sociales e individuales de los hombres, que hacen que la persona sea algo más que un objeto, afirmando sus relaciones sociales entre los seres humanos y reafirmando su autonomía (15). En este sentido, la sociedad tiene la obligación de respetar la dignidad de cada individuo que forma la sociedad que gobierna.

Actualmente y en específico sobre el nivel de las investigaciones clínicas, la noción de dignidad de las personas juega un doble papel en su conformación:

1. Por un lado, es una cualidad inherente presentada como un fundamento global de los derechos humanos.
2. Por otra parte, es una visión de autonomía (16) y de respeto en la autodeterminación de los individuos para el desarrollo de su personalidad, que es limitada por su relación de interés general. Esto quiere decir que la dignidad no solamente se suma a los derechos humanos, sino que, es la fuente de estos (17).

Se debe tener en cuenta que la dignidad tiene dos tipos de concepciones:

- a) Desde un principio político-jurídico: con carácter abstracto y general, se refiere al valor inherente que debe de ser reconocido en el ser humano por la sociedad.

- b) **Carácter moral:** debido a que los individuos encarnan una visión específica como personas, con la conciencia que cada uno tiene de los sujetos y no meramente como un objeto, por lo que se deben respetar actitudes y comportamiento de estas (17).

El hombre es digno como tal, no solo como base de una legislación sino en su naturaleza corporal, con o sin racionalidad expresada en su cuerpo (dignidad ontológica), con un comportamiento propio y libre en medida de la esencia de ser humano (dignidad moral) ante el goce de sus capacidades físicas y psicológicas que desarrollen su personalidad, bajo normas y derechos que regulen su comportamiento (dignidad jurídica) (18).

Esta concepción de la dignidad en las personas es fundamental para tenerla en cuenta dentro de los estudios de investigación, primero que nada, por preservar sus derechos humanos inalienables de respeto a la vida del ser humano y sobre todo en la concepción holística de los individuos que van a participar.

3. Dignidad y valores axiológicos

El principio de dignidad en las personas de los estudios de investigación científica tiene una referencia dentro del marco axiológico de la bioética internacional, los derechos, las garantías y las legislaciones constitucionales y doctrinales para no violentar sus concepciones como ser humano (19).

Los valores relevantes de la dignidad se basan en: su santidad, libertad, responsabilidad, deber y servicio a los propios semejantes. Por otra parte, la salud y el bienestar de una persona son esenciales para vivir una vida lo más plena posible (20).

La dignidad es una suma de valores que constituyen a las personas y las distinguen de otros seres vivientes, los cuales pueden otorgar bienes sociales (12). Es un derecho absoluto que se soporta en

los valores de libertad, justicia, paz, honor, respeto a la propiedad y seguridad, por lo que se debe de proteger tanto al poderoso como al miserable en sus derechos (21).

No se podría concebir la dignidad de las personas sin su libertad, para así poder despegar sus potenciales intelectuales y físicos en su convivencia cultural y social y también en lo referente a educación, justicia, paz y otros valores otorgados por el estado. Es una soberanía sin presiones ni condicionamientos de cada persona sobre su vida y comportamiento. Sin embargo, esta libertad está condicionada a la responsabilidad de los individuos, los deberes y derechos de su existencia (12). El respeto por uno mismo y por los demás es preponderante y se establece cuando el ser humano debe ser tratado como tal y no visto desde el punto del utilitarismo; por otra parte, el respeto también debe estar incluido en el cumplimiento de las necesidades básicas humanas de acuerdo con su contexto biológico, por lo que los hombres son conscientes de sí mismos (12), como una maduración psíquica que se traduce en consideraciones a los demás, con tolerancia, compostura y capacidad de espera para regular el comportamiento de los seres humanos (22).

La justicia en la dignidad está relacionada con el contexto público y privado de cada una de las personas, tanto en forma conmutativa como distributiva e indiscutiblemente legal. Toda persona tiene derecho a la seguridad social, a la satisfacción de sus derechos económicos, sociales y culturales indispensables para su dignidad y el desarrollo de su personalidad (12,23,24). La dignidad debe ser inherente a la justicia que genera respeto, franqueza, gratitud, gentileza y ayuda.

El honor está determinado por la autoridad moral para ser considerados socialmente como ejemplos de la comunidad y merecen estimación y reconocimiento (12). En múltiples ocasiones, el honor ha evolucionado para estimarse como una representación de dignidad para la consecución de demandas de reconocimiento de identidades (25).

Desde el punto de vista axiológico de la dignidad, esta se debe considerar como el valor supremo que tienen los individuos, que les proporciona los derechos de libertad, justicia, paz, honor y auto-

nomía necesarios para que este sujeto pueda formar parte de las investigaciones de su persona y sobre sus datos de salud-enfermedad.

4. Dignidad y derechos humanos

La dignidad no solamente es un principio o un valor constitucional, debe ser considerada como la piedra angular en la vida de las personas y un derecho fundamental. Este principio es un parámetro de la actividad de la sociedad como un concepto abierto sobre la base de criterios, instrumentos y patrones de interpretación a favor de los individuos (26,27). La dignidad debe ser considerada como la facultad de los individuos para actuar de manera autónoma, con derecho a crear condiciones para favorecer el desarrollo de su personalidad, pero también como una restricción en las relaciones de libertad individual condicionada a razones generales (27).

La dignidad en los derechos humanos en forma histórica se confiere como una expresión jurídica para permitir y garantizar su respeto no solamente por su condición de ser vivo, sino por su naturaleza o sus características propias (28).

Podríamos establecer derechos humanos indispensables para la investigación clínica como lo son:

1. Derecho a la salud: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que es el derecho que tienen todas las personas para el disfrute del más alto nivel posible de salud mental y física (29-31).
2. A la libertad: conlleva controlar su salud y su cuerpo (incluyendo la libertad genésica y sexual) y el derecho a no padecer torturas, ni a tratamientos o experimentos médicos no consensuados (8,30).
3. Acceso a la salud: toma en cuenta la obligación para lograr la recuperación de la calidad de vida y para evitar enfermedades, por lo que, se debe establecer un sistema asistencial con acceso adecuado y continuo para las personas, sin importar estrato social o nivel cultural (32).

4. A la integridad física y psicológica: corresponden a la plenitud corpórea de las personas, por lo que, toda persona deberá de ser sometida a protección contra las agresiones que puedan afectarla (39). La pérdida de la integridad física o psicológica abarca a su autonomía porque se impide que se actúe con un ser humano completo o intacto (33).
5. Derecho a la vida: se basa fundamentalmente en el derecho a vivir o seguir con vida, vivir bien o con dignidad, recibir lo mínimo indispensable para no morir en lo inmediato y a que no nos maten arbitraria o no arbitrariamente (8,34-36).
6. Derecho a no ser torturado o sometido a tratos inhumanos: la afeción a la dignidad humana puede ser abarcado desde distintos actos, ya sean de tortura o de actos denominados crueles, inhumanos o degradantes (36-37).

El derecho y la bioética deben considerarse para tener presente la vulnerabilidad de las personas cuando estas se encuentran involucradas en relaciones de investigación (38).

Los derechos humanos enfocados en la integridad y dignidad de las personas recalcan la necesidad de ver a cada una de ellas como el núcleo central de las investigaciones y no como un medio para conseguir conocimientos. No se deben concebir estudios de investigación donde los sujetos sean objetos de estudio y no sean sujetos activos conscientes y válidos de los que se obtiene beneficio.

5. La dignidad en la investigación clínica

Se puede establecer que todas las reglamentaciones y normas éticas se llevan a cabo para proteger los valores de respeto y dignidad de los participantes en los estudios de investigaciones, resguardando sus derechos humanos (39,40).

Si bien la dignidad ha sido considerada como un concepto fútil que solamente debería de estar ligada a la autonomía de los participantes de las investigaciones, adjudicando que si elimináramos su

razón por la que consideraríamos a cada uno de ellos (por pérdida de aptitudes físicas o mentales) desaparecería su dignidad y, por lo tanto, perdería justificación su autonomía (41). Sin duda alguna, la autodeterminación de las personas constituye un elemento clave para asegurar su dignidad, pero esta última debe ser conceptualizada desde un punto de vista mucho más amplio, como fuente de derechos humanos en las personas, resultado del ejercicio de su inteligencia, libre albedrío, capacidad de autocompasión, expresión de sus valores éticos y morales (17). Esta autonomía debe estar libremente ejercida para aceptar o rechazar cualquier forma de participación en estudios de investigación (42).

El respeto a la dignidad humana implica balancear la libertad científica con la autonomía y bienestar de las personas que participan en las investigaciones (17).

El trato digno al participante no solamente está condicionado a la actividad en sí de la investigación, sino que debe valorarse el entorno físico, la actitud de los participantes, el comportamiento del personal, la cultura de las personas y, sobre todo, la independencia que puedan tener los individuos (43).

En una investigación clínica, los derechos de los pacientes deben estar preservados lo mejor que se pueda, con el fin de brindarles, en lo posible, las garantías individuales básicas de salud, integridad, respeto a la vida y trato no inhumano. Los participantes en los estudios de investigación deberán tener garantizado el trato digno a su persona y a sus pertenencias.

6. La dignidad en la investigación clínica a través de la corriente principialista

La corriente principialista iniciada desde la implantación del informe Belmont (44,51) ha tratado de preservar en las investigaciones clínicas, la dignidad de los participantes. Es indiscutible la utilización de los 4 principios de la bioética (corriente principialista) en cualquier tipo de investigación clínica (45):

1. El término de autonomía debe de ser utilizado para la auto-determinación, la libertad de utilización de derechos, el auto-gobierno y el cuidado adecuado de la salud y libre albedrío de las personas (46) que está relacionado con el respeto, la privacidad, la información y la autonomía del paciente (47,48). La autonomía es considerada como una necesidad primordial, que se lleva a cabo por medio de un consentimiento informado y libre por parte de los individuos, donde se requiere de su autorización para participar, con lenguaje accesible, mediante una clara exposición de los métodos alternativos existentes, molestias, beneficios y riesgos, garantía de confidencialidad, privacidad y secreto, así como la libertad de retirarse en cualquier momento sin penalización o represalias (49-51). El individuo que participa en algún trabajo de investigación debe cumplir con tres condiciones: ausencia de control externo (manipulación, cohesión o persuasión), intencionalidad (cuando es querida o deseada) y conocimiento (entendimiento o comprensión de la acción adecuada y completo), lo cual constituye el principio de autonomía (52). Además, se debe dar reconocimiento a las personas para que puedan suspender su actividad en cualquier momento y se protejan cuando presenten disminuida su capacidad para tomar decisiones (53).
2. El principio de beneficencia: se debe asegurar la beneficencia por encima de los riesgos tanto físicos como psicosociales (52-54). Siempre habrá controversia en las investigaciones clínicas entre el acceso de los beneficios y la protección de los riesgos de estos estudios. Los investigadores deberán tener una mayor comprensión de los beneficios antes de pedir la participación de las personas bajo dos criterios: a) se beneficiará con el conocimiento resultante o, b) entiende y acepta su beneficio y riesgo (55).
3. El principio de no maleficencia tratará de que no se dañe a las personas, buscando los menores riesgos posibles para su ejecución (52). Si presentan riesgos de cualquier tipo inacep-

tables o de invasión de la privacidad, se deben buscar formas alternativas para responder las preguntas de investigación (50,51,53). El análisis del riesgo beneficio es la principal responsabilidad que tienen desde el punto de vista ético los trabajos de investigación.

4. El principio de justicia se realiza cuando se identifique, primero que nada, lo justo y lo correcto en los grupos que se necesite investigar y no utilizar las poblaciones vulnerables sin beneficio para ellas. Además, se buscará la equidad en la distribución de los recursos de las investigaciones (49,52).

El principio de justicia se basa en el equilibrio de la exigencia del beneficio y la protección contra las actividades indebidas. La justicia debe de ser evaluada desde dos perspectivas: a) La social (distinción entre las clases de sujetos que deben o no participar, la capacidad de sus miembros y la posibilidad de recibir dichas actividades) y b) La individual (imparcialidad sobre beneficios y riesgos), como en el caso de los grupos vulnerables, por lo que la selección de los sujetos debe de ser equitativa. Por otra parte, se requiere la comprensión del equilibrio del beneficio directo o indirecto sobre la vulnerabilidad de los participantes y su riesgo. La justicia debe estar presente en el acceso de los individuos cuando haya un beneficio directo en ellos, para asegurar que la información resultante no solo sea restringida en su aplicación sino también beneficiosa para la sociedad (51,54,55).

Muy probablemente, un análisis de cada uno de los principios afectará a más de algún cuestionamiento en el desarrollo de cualquier investigación clínica.

Existen principios adicionales que se toman en cuenta en los procesos de investigación: protección a la salud, bienestar y respeto de las poblaciones y el derecho a la autodeterminación, protección de las poblaciones vulnerables y distribución equitativa de los beneficios (32,56).

La corriente principialista instituida desde el Informe Belmont (44) fue originada como respuesta al trato digno que debe imperar en

los participantes de las investigaciones clínicas. Este informe y posteriormente la ampliación a los 4 principios básicos, protegen a las personas dándole preponderancia a su autonomía como seres humanos, a preservar la justicia en la equidad de las actividades y beneficencia, situando a los participantes como finalidad de mejora y señalando la no maleficencia como un evento que, si en ocasiones no se puede segregar de los estudios, sea ponderado adecuadamente en el riesgo beneficio de cada uno.

7. Normatividad internacional que protege la dignidad de los participantes en las investigaciones clínicas

La normatividad internacional trata de respaldar la dignidad de los participantes en diversos enfoques bioéticos. A continuación, se redactan los principales acuerdos, guías, convenios y conferencias donde se resalta la importancia de la dignidad en los participantes de las investigaciones clínicas.

- I. Declaración Universal de los Derechos Humanos: menciona fundamentalmente el respeto, la libertad, la justicia y la paz con base en la dignidad inherente y los derechos inalienables e iguales de los seres humanos (57).
- II. Los acuerdos del Código de Núremberg inician la preponderancia de los individuos sobre la investigación, recalando su autonomía, el valor de la beneficencia en los estudios y la intervención del riesgo (58).
- III. La Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores, colocan de manifiesto la preocupación por las personas, sobre los intereses de la sociedad y la ciencia, protegiendo la intimidad, la vida, la salud y sobre todo su dignidad (59).
- IV. Las guías de Buenas Prácticas Clínicas mencionan la importancia de los beneficios y no maleficencia, los derechos de seguridad, bienestar y autonomía de los participantes, su privacidad y confidencialidad (60).

- V. El Informe Belmont que constituye un punto de corte en la valoración de las investigaciones al establecer los tres principios fundamentales (autonomía, beneficencia y justicia) que deben prevalecer en cualquier estudio (44).
- VI. Un año después, con la publicación de Beauchamp y Childress sobre los principios de la bioética médica en donde se agrega la no maleficencia separándola del principio de beneficencia (61).
- VII. El Convenio de Oviedo sobre derechos humanos y biomedicina se realizó para regular los avances de la última en beneficio de los participantes de los estudios, principalmente en torno del genoma humano, la dignidad del ser humano, el respeto a su intimidad y la experimentación en embriones y establece el objetivo de proteger la dignidad e identidad de las personas (62).
- VIII. La Conferencia Internacional de Armonización para las Buenas Prácticas Clínicas (63) establece los derechos, seguridad y buen desempeño en las investigaciones, teniendo como objetivo el bienestar de los participantes por encima de los intereses de la ciencia o la sociedad.
- IX. La Declaración de Barcelona pone de manifiesto la postura europea, dando importancia a la autonomía, la dignidad, la integridad y vulnerabilidad en el marco de la responsabilidad y la solidaridad (64).
- X. El protocolo adicional a la Convención de Derechos Humanos y Biomedicina relativo a la investigación biomédica, realzando el objeto de las investigaciones en los seres humanos, sus beneficios y riesgos, la calidad científica del proyecto, la información a los participantes, el consentimiento informado y autonomía, la autorización de información, seguridad y supervisión. Establece que el objetivo de la normatividad en investigación será el de proteger la dignidad e identidad de las personas con respecto a su integridad y libertades relevantes (65).
- XI. Las guías éticas de conducta en las investigaciones en seres humanos (66) establecen la importancia de la beneficencia y no maleficencia, la autonomía y justicia entre los participantes; se hace hincapié en el proceso de selección de individuos, compen-

- saciones, justificación de placebos, información, privacidad y confidencialidad de los participantes, planes de análisis estadísticos y reportes y criterios de terminación de participaciones en el proyecto.
- XII. La Declaración de Taipéi realiza consideraciones sobre las bases de datos y biobancos, resalta la autonomía, la privacidad y confidencialidad de los individuos, en donde los investigadores tienen la obligación legal y ética de protegerlos (67).
- XIII. Las directrices del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas para la investigación en seres humanos basadas principalmente en el valor científico y social, el respeto de los derechos humanos, su validez científica, la distribución equitativa de los beneficios en la elección de los individuos, riesgos y perjuicios potenciales en los estudios, así como el consentimiento informado como parte de la autonomía de los participantes (68,69).
- XIV. El Código de Conducta Mundial para la investigación en entornos de escasos recursos en el cual se realza la importancia del beneficio a la comunidad, el impacto que tiene en su entorno y su autonomía (70).
- XV. Los acuerdos a los que se llegó en la Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores establecen la normatividad de los médicos para considerar los estándares éticos, legales y jurídicos internacionales vigentes. Se realza el beneficio y perjuicio de los participantes, los grupos vulnerables y la forma en que en los protocolos se hace referencia a las principales características éticas referidas (59).

8. Conclusiones

Para el futuro del conocimiento médico es fundamental seguir realizando una investigación clínica competente tanto desde el punto de vista metodológico como con lo referente al respaldo de conceptos bioéticos.

La persona es la parte medular de las investigaciones clínicas, no se puede pensar desde el punto de vista bioético llevarlas a cabo sin tener en cuenta su dignidad como parte indispensable de su ejecución.

A lo largo de la historia y sobre todo en la actualidad, el no tomar en cuenta la dignidad en las personas ha traído a las investigaciones perjuicios inmensos a los seres humanos. Esta falta de dignidad en los estudios ha hecho que muchas personas tengan repercusiones negativas en su cuerpo, mente y en todo lo referente a su existencia.

A nivel internacional se tienen normas y reglamentos que amparan el trato digno hacia las personas; es deber del investigador, del centro de trabajo e investigación, de instituciones y del gobierno, respetar estas legislaciones con el fin de proteger a los individuos que aspiran a participar en investigaciones clínicas. En ellas, se debe considerar que las personas son el fin y no el medio para lograr los avances tecnológicos que se esperan.

Respetar la dignidad de las personas en los estudios clínicos constituye una parte medular por lo que respetarla hace que las investigaciones deban ser íntegras y contribuyan al progreso de la ciencia en forma holística.

Referencias

1. Sánchez R, Reyes N, del Carpio Ovando P. Teoría del conocimiento e investigación: reflexiones sobre sus fundamentos filosóficos. *Runae*. 2017; 51-69.
2. Laferriere J, Lell H. Hacia una sistematización de los usos semánticos del concepto de dignidad humana en la protección internacional de derechos humanos: una revisión doctrinaria. *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*. 2020; 43:129-167. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2020.43.15181>
3. Nappo S, Lafrate B, Sanchez Z. Motives for participating in a clinical research trial: a pilot study in Brazil. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-19>
4. Carreño-Dueñas J. Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. *Pers bioét*. 2016; 20(2):232-243.
5. Morán N. La dignidad humana en las investigaciones biomédicas. *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*. 2004; (32):165-206.

6. Donoso-Sabando C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética* 2014; 18(2):184-193. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2014.18.2.3>
7. Bustos S, Guzmán P. Proposed ethical and methodological classification in human research. *Revista CONAMED*. 2016; 21(1):70-4.
8. Irigoyen C, Morales L. Reflexiones sobre la dignidad de la persona y la medicina. *Arch Med Fam*. 2013; 15(1):1-3.
9. Diccionario RADILE. Definición de persona. 2021 [consultado 20 de abril 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/persona>
10. Pfeiffer M. Volver a la dignidad. *Revista Colombiana de Bioética*. 2009; 4(2):117-130.
11. Sgreccia E. Persona humana y personalismo. *Cuadernos de bioética*. 2013; 24(1):115-23.
12. Torres Bardales C. Fundamentos filosóficos de la dignidad humana y su incidencia en los derechos humanos [Tesis doctoral]. 2015 [consultado 10 de abril 2022]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4617/Torres_bc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Corral-Talciani H. El concepto jurídico de persona y su relevancia para la protección del derecho a la vida. *Ius et praxis*. 2005; 11(1):37-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122005000100003>
14. Cervera C. Personhood and coma: a proposed reversible. *Medicina y Ética* 2022; 33(2): 395-417. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.03>
15. Landa C. Dignidad de la persona humana. *Cuestiones Constitucionales*. 2002; (7):109-38.
16. Marshall P. Informed consent in international health research. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2006; 1(1):25-41. <https://doi.org/10.1525/jer.2006.1.1.25>
17. Andorno, R. The dual role of human dignity in bioethics. *Medicine, health care and philosophy*. 2013; 16(4):967-973. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9373-5>
18. González A. La dignidad de la persona, presupuesto de la investigación científica. *Biocología, dignidad y derecho: bases para un diálogo*. Pamplona: EUNSA; 2004.
19. Figueiredo A. Bioética: crítica ao princípalismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. *Rev. Bioét* 2018; 26(4):494-505. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264267>
20. Lindwall L, Lohne V. Human dignity research in clinical practice: a systematic literature review. *Scand. J. Caring Sci*. 2021; 35(4):1038-1049. <https://doi.org/10.1111/scs.12922>
21. Colautti C. *Derechos humanos*. Argentina: Universidad Buenos Aires; 1995.
22. Robles M, Utrilla. El respeto y la dignidad en la ética psicoanalítica. *Journal Revista de Psicoanálisis*. 1997; 26:177-200.
23. Comité de Derechos Humanos: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. 2004 [consultado 20 abril 2022]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/48e0c9052.pdf>
24. Pogge T. Dignidad y justicia global. *Diánoia*. 2011; 56(67):3-12.
25. de Oliveira L. Honor, dignidad y reciprocidad. *Cuadernos de Antropología Social*. 2004; (20):25-39.

26. Delgado L. El Derecho genético. Ética en investigación biomédica y la dignidad de la persona humana. *Lex-Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*. 2014; 11(11): 267-308. <http://dx.doi.org/10.21503/lex.v11i11.13>
27. Marín C. En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. *Revista de Bioética y Derecho*. 2014; 31:17-37.
28. Sánchez-Megía L. Investigaciones biomédicas y dignidad humana: los límites a la libertad de investigación. *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*. 2021; (27):965-990. <https://doi.org/10.5944/rduned.27.2021.31113>
29. Ronconi L. Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Salud colectiva*. 2012; 8:131-149.
30. Figueroa García-Huidobro R. El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*. 2013; 11(2):283-332. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000200008>
31. Fernández L. Los derechos económicos sociales y culturales. [consultado 10 de abril de 2022]. Disponible en: https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/17252/derechos_fernandez_1996.pdf?sequence=1
32. Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22:280-286. <https://doi.org/10.1157/13123975>
33. Pellegrino E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1990; 108:5-6.
34. Figueroa R. Concepto de derecho a la vida. *Ius et Praxis*. 2008; 14(1):261-300. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122008000100010>
35. Zúñiga-Fajuri A. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria. *Estudios constitucionales*. 2011; 9(1):37-64. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002011000100003>
36. Medina-Quiroga C. La convención Americana: vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Derecho; 2003.
37. Nash-Rojas C. Alcance del concepto de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*. 2008; 15:585-601.
38. Sarteá C. La dignidad del vulnerable no tiene precio lo que puede hacer el biode-recho para salvarnos de la trampa economicista. *Cuadernos de Bioética*. 2017; 28(1):99-108.
39. León C, Navarrete C. Aspectos éticos de las investigaciones en los ensayos clínicos. Santiago de Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE); 2021.
40. González P. La dignidad de la persona y los ensayos clínicos con medicamentos. España: *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*; 2004.
41. Macklin, R. Dignity is a useless concept. *Brit Med Jour*. 2003; 327(7429):1419-1420. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7429.1419>
42. Dhar H, Dhar D. Informed consent in clinical practice and literature overview. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 286(3):649-651. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2442-z>

43. Lin Y, Watson R, Tsai Y. Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nurs Ethics*. 2013; 20(2):168-77. <https://doi.org/10.1177/0969733012458609>
44. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento [Internet]. 1979. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
45. Parker J. Critical Reflections on Conventional Concepts and Beliefs in Bioethics. *J Med Philos*. 2019; 44(1):1-9. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhy035>
46. Gallagher A, Li S, Wainwright P, Jones I, Lee D. Dignity in the care of older people, a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nurs*. 2008; 11:7-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-11>
47. Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*. 2015; 15:41. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>
48. Donoso-Sabando C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *PersonayBioética*. 2014; 18(2):184-193. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2014.18.2.3>
49. Takahashi M, Ramos H, Pinheiro-Neto C, Miziara I, Oliveira R. Current outlook of ethics in research with human subjects. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2011; 77(2):263-6. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000200018>
50. Muthuswamy V. Ethical issues in clinical research. *Perspect Clin Res*. 2013; 4(1):9-13. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.106369>
51. Riquelme A, Alvarez G, Ramos R, Saborido M, González H. Breves consideraciones sobre la bioética en la investigación clínica. *Revista Cubana de Farmacia*. 2016; 50(3).
52. Acevedo P. Aspectos éticos en la investigación científica. *Ciencia y enfermería*. 2002; 8(1):15-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>
53. Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Newman TB. *Designing Clinical Research*. Philadelphia: LWW; 2013.
54. Rippel J, Medeiros C, Maluf F. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights and CNS Resolution 466/12: a comparative analysis. *Revista Bioética*. 2016; 24(3):603-12. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243160>
55. Kiskaddon SH. Balancing access to participation in research and protection from risks: Applying the principle of justice. *J Nutr*. 2005; 135(4):929-32. <https://doi.org/10.1093/jn/135.4.929>
56. Olivero R, Domínguez A, Malpica C. Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta Bioethica*. 2008;14(1):90-6. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100012>
57. Naciones Unidas. Concluding Observations of the Human Rights Committee: Canada [Internet] 1999. CCPR/C/79/Add. 1948; 105.
58. Arroyo F. El código de Nuremberg: un hito en la ética de la investigación médica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 1999; 24(1):33-7.
59. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas

- [Internet] 1994. [consultado 10 de enero 2022]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
60. US Food and Drug Administration. Normas de Buenas Prácticas Clínicas (BPC). Conferencia Internacional de Armonización sobre requerimientos técnicos para el registro de productos farmacéuticos para uso en humanos. Guía tripartita armonizada de la Conferencia Internacional de armonización lineamientos para la buena práctica clínica; 1996, Washington: FDA; 1996. [consultado 21 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/78552/download>
 61. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. USA: Oxford University Press; 2001.
 62. Jiménez P. El Convenio de Oviedo de Derechos Humanos y Biomedicina: la génesis parlamentaria de un ambicioso proyecto del Consejo de Europa. Revista de las Cortes Generales. 1997; 129-54. <https://doi.org/10.33426/rcg/1997/40/935>
 63. Dixon J. The international conference on harmonization good clinical practice guideline. Quality Assurance 1999; 6(2):65-74. <https://doi.org/10.1080/105294199277860>
 64. Kemp P, Dahl J. Deklaracija iz Barcelone. Prema integriranom pristupu temeljnim etičkim principima. Synthesis philosophica. 2008; 23(2):239-51.
 65. Consejo de Europa. Additional protocol to the convention on human rights and biomedicine concerning biomedical research, artículo 19. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2005.
 66. Sulaiman S. Guidelines for Ethical Conduct of Research Involving Human Subjects 2008. [consultado 25 de febrero 2022] Disponible en: <https://www.fmoh.gov.sd/Research/Document/National%20ethical%20guidelines.pdf2008>
 67. Mundial AM. Declaración de la Asociación Mundial Médica sobre las consideraciones éticas de las bases de datos de salud y los biobancos. [consultado 10 de abril 2022] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-las-consideraciones-eticas-de-las-bases-de-datos-de-salud-y-los-biobancos/>
 68. CIOMS. International ethical guidelines for health-related research involving humans. International ethical guidelines for health-related research involving humans. 2017.
 69. van Delden J, van der Graaf R. Revised CIOMS international ethical guidelines for health-related research involving humans. Jama. 2017; 317(2):135-6. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.18977>
 70. Schroeder D, Adhiambo J, Altare C, Alvarez-Castillo F, Andanda P, Bompert F, et al. Global code of conduct for research in resource-poor settings. [consultado 10 de abril 2022] Disponible en: <https://www.globalcodeofconduct.org/wp-content/uploads/2018/08/Global-Code-of-Conduct-Brochure-Spanish.pdf>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Dignity of persons in clinical research

La dignidad de las personas en las investigaciones clínicas

Rafael Bustos Saldaña*
Universidad de Guadalajara, Mexico

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.03>

Abstract

The purpose of science is to achieve a knowledge of reality for the adequate transformation of man and his environment. Clinical research is aimed at using human beings or their derivatives as part of the knowledge to prevent, diagnose or treat diseases. All studies carried out on people must consider their dignity in the very conception of the projects, so it is essential that their human rights be respected. Bioethics, being a discipline that is established as a protector of people and their environment, must safeguard the dignity of the participants.

Keywords: human dignity, clinical research, bioethics.

* Coordinator of Medical Specialties, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara. E-mail: rafaelb@cusur.udg.mx <https://orcid.org/0000-0001-8357-3610>
Reception: 20/05/22 Acceptance: 26/06/22

1. Introduction

The objective of scientific research is to achieve an impartial and true knowledge of the surrounding reality to guide it in favor of the transformation of man and his environment. In this way, safe and reliable information will be obtained to understand, correct, verify or apply an understanding or judgment (by means of a controlled, critical and systematic reflexive process) in the discovery of new facts, relations and laws (1).

The development of progress has caused changes in the perspectives of research (mainly clinical) to be presented in an accelerated manner, with sometimes unforeseeable consequences, which has resulted in an authentic ethical and legal revolution that in some cases is difficult to specify (2).

In every project carried out, the protection of life, health, integrity, self-determination, privacy and confidentiality of the participants and their responsibility must be considered (3,4). The goal of all clinical research is to respect human rights and human dignity (5).

Clinical research should be based on basic knowledge of biology, physiology, medicine and ethics to improve the understanding of patients' health-disease processes (4). In the case of the disease itself, it constitutes an existential and biological twist for people; therefore, research should have a comprehensive understanding of the act of contracting and caring for them. Most of these studies (as the frequent activities of medicine in general) are influenced by techniques that lead to base practices exclusively on objective facts, leaving behind the subjective perceptions of the integral understanding of the disease processes that not only affect the physical body but the totality of people (6).

Bioethics is closely linked to clinical research to contribute to the development of humanity and is based on the moral values of individuals. If ethical values were appreciated in the same way as scientific-methodological values, studies would have to be re-evaluated for the impact they have on people (7). Thus, the conception of

bioethics in research should provide protection for the primordial value of human dignity (8).

This framework makes it clear that the human being is the fundamental component of clinical research, so that his or her freedom, respect, integrity and fair treatment without discrimination constitutes the dignity of persons, which substantially increases the value of the knowledge obtained from them.

2. Person and dignity

To speak of dignity in persons, its concept must first be explained through several approaches:

1. Etymologically, it comes from the Latin “actor’s mask”, theatrical character or personality (9).
2. The concept of dignity is associated with the human when it has been given a privileged place in nature (for either mythical reasons or linked to theological conceptions of godlikeness) (10).
3. From the ethical point of view, the person can be conceived in the personalist current as that living human being that, beyond its individualistic structure, presents a social and communitarian openness in its development dynamics. In this way, gives meaning to the world in its relationships and actions, both in its foundations and in its ethical criteria (11), so that the person is a being with other beings and not a totally isolated being (2,12).
4. Legally, people can be considered as independent entities with capacities that begin at birth and end at death; therefore, every person is a human being and has the right to life and dignity (13).

This person is an individual who possesses a superior cognitive capacity, not only about himself, but also about his surroundings, both

in the present, past and most probably in the future, considering himself as a persistent, constant and unique subject throughout his life (14). It is not possible to conceive of treating a person without considering the rights entailed by the dignity he represents by his nature and being.

Dignity could be considered as a principle bearing social and individual values and rights of men, which make the person more than an object, affirming his social relations among human beings and reaffirming his autonomy (15). In this sense, society has the obligation to respect the dignity of everyone that forms the society it governs.

Currently, and specifically at the level of clinical research, the notion of dignity of persons plays a double role in its conformation:

1. On the one hand, it is an inherent quality presented as a global foundation of human rights.
2. On the other hand, it is a vision of autonomy (16) and respect in the self-determination of individuals for the development of their personality, which is limited by their general interest relationship. This means that dignity not only adds to human rights, but also is the source of these (17).

It should be noted that dignity has two types of conceptions:

- a) From a political-legal principle: with an abstract and general character, it refers to the inherent value that must be recognized in the human being by society.
- b) Moral character: because individuals embody a specific vision as persons, with the conscience that each one has of the subjects and not merely as an object, so that their attitudes and behavior must be respected (17).

Man is worthy as such, not only as a basis for legislation but also in his bodily nature, with or without rationality expressed in his body (ontological dignity), with his own free behavior to the extent of the essence of being human (moral dignity), before the enjoyment of

their physical and psychological capacities that develop their personality, under norms and rights that regulate their behavior (legal dignity) (18).

This conception of dignity in people is fundamental to consider in research studies, first, to preserve their inalienable human rights of respect for the life of the human being and above all in the holistic conception of the individuals who are going to participate.

3. Dignity and axiological values

The principle of dignity in persons in scientific research studies has a reference within the axiological framework of international bioethics, rights, guarantees and constitutional and doctrinal legislations in order not to violate their conceptions as human beings (19).

The relevant values of dignity are based on its sanctity, freedom, responsibility, duty and service to one's fellow human beings. Moreover, a person's health and well-being are essential to live as full a life as possible (20).

Dignity is a sum of values that constitute persons and distinguish them from other living beings, which can confer social goods (12). It is an absolute right that is supported by the values of freedom, justice, peace, honor, respect for property and security, so that both the powerful and the miserable should be protected in their rights (21).

It would not be possible to conceive the dignity of people without their freedom, to unleash their intellectual and physical potentials in their cultural and social coexistence and in terms of education, justice, peace and other values granted by the state. It is a sovereignty without pressure or conditioning of each person over his life and behavior. However, this freedom is conditioned to the responsibility of individuals, the duties and rights of their existence (12). Respect for oneself and for others is preponderant and is established when the human being must be treated as such and not seen from the point of utilitarianism. On the other hand, respect must also be included in

the fulfillment of basic human needs according to their biological context, so that men are aware of themselves (12), as a psychic maturation that translates into considerations to others, with tolerance, composure and waiting capacity to regulate the behavior of human beings (22).

Justice in dignity is related to the public and private context of each person, both commutatively and distributive and unquestionably legal. Every person has the right to social security, to the satisfaction of his economic, social and cultural rights indispensable for his dignity and the development of his personality (12,23,24). Dignity must be inherent to justice, which generates respect, openness, gratitude, gentleness and helpfulness.

The honor is determined by the moral authority to be considered socially as examples of the community and deserves esteem and recognition (12). On multiple occasions, honor has evolved to be esteemed as a representation of dignity for the achievement of identity recognition claims (25).

From the axiological point of view of dignity, this should be considered as the supreme value that individuals have, which provides them with the rights of freedom, justice, peace, honor and autonomy necessary for this subject to be part of the research on his person and on his health-disease data.

4. Dignity and human rights

Dignity is not only a principle or a constitutional value, but it should also be considered as the cornerstone of people's lives and a fundamental right. This principle is a parameter of the activity of society as an open concept based on criteria, instruments and patterns of interpretation in favor of individuals (26,27). Dignity should be considered as the power of individuals to act autonomously, with the right to create conditions to favor the development of their personality, but also as a restriction in the relations of individual freedom conditioned to general reasons (27).

Dignity in human rights is historically conferred as a juridical expression to allow and guarantee their respect not only because of their condition of living being, but also because of their nature or their own characteristics (28).

We could establish indispensable human rights for clinical research, such as the following:

1. Right to health: the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights establishes that it is the right of all persons to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (29-31).
2. Freedom: this entails control over one's health and body (including reproductive and sexual freedom) and the right to be free from torture, non-consensual medical treatment or experimentation (8,30).
3. Access to health: considers the obligation to achieve the recovery of the quality of life and to prevent diseases, therefore, a health care system must be established with adequate and continuous access for people, regardless of social stratum or cultural level (32).
4. To physical and psychological integrity: they correspond to the corporeal fullness of people; therefore, every person should be subject to protection against aggressions that may affect them (39). The loss of physical or psychological integrity encompasses their autonomy because it prevents them from acting with a complete or intact human being (33).
5. Right to life: it is fundamentally based on the right to live or continue to live, to live well or with dignity, to receive the minimum necessary to not die immediately and not to be killed arbitrarily or not arbitrarily (8,34-36).
6. Right not to be tortured or subjected to inhuman treatment: the affection to human dignity can be covered from different acts, whether torture or acts called cruel, inhuman or degrading (36-37).

Law and bioethics must be considered to keep in mind the vulnerability of people when they are involved in research relationships (38).

Human rights focused on the integrity and dignity of persons emphasize the need to see each person as the central core of research and not to obtain knowledge. Research studies should not be conceived where the subjects are objects of study and are not conscious and valid active subjects from whom benefit is obtained.

5. Dignity in clinical research

It can be established that all ethical regulations and norms are carried out to protect the values of respect and dignity of the participants in research studies, safeguarding their human rights (39,40).

Although dignity has been considered as a futile concept that should only be linked to the autonomy of research participants, claiming that if we were to eliminate the reason for which we would consider each of them (due to loss of physical or mental aptitudes), their dignity would disappear and, therefore, their autonomy would lose its justification (41). Undoubtedly, the self-determination of persons constitutes a key element to ensure their dignity, but the latter must be conceptualized from a much broader point of view, as a source of human rights in persons, the result of the exercise of their intelligence, free will, and capacity for self-pity, expression of their ethical and moral values (17). This autonomy must be freely exercised to accept or reject any form of participation in research studies (42).

Respect for human dignity implies balancing scientific freedom with the autonomy and well-being of the people who participate in research (17).

The dignified treatment of the participant is not only conditioned to the research activity itself, but the physical environment, the attitude of the participants, the behavior of the personnel, the

culture of the people and, above all, the independence that the individuals may have (43).

In clinical research, the rights of patients should be preserved as best as possible, in order to provide them, as far as possible, with the basic individual guarantees of health, integrity, respect for life, and non-inhumane treatment. Participants in research studies should be guaranteed dignified treatment of their person and belongings.

6. Dignity in clinical research through the principlism approach

The principlism trend, which began with the introduction of the Belmont report (44,51), has sought to preserve the dignity of the participants in clinical research. The use of the four principles of bioethics (principlism approach) in any type of clinical research is indisputable (45):

1. The term autonomy should be used for self-determination, freedom to use rights, self-government and adequate care of the health and free will of individuals (46) which is related to respect, privacy, information and autonomy of the patient (47,48).

Autonomy is considered a primary need, which is carried out through free and informed consent on the part of individuals. Where their authorization is required to participate, with accessible language, through a clear exposition of the existing alternative methods, inconvenience, benefits and risks, guarantee of confidentiality, privacy and secrecy, as well as the freedom to withdraw at any time without penalty or reprisals (49-51). The individual who participates in any research work must comply with three conditions: absence of external control (manipulation, coercion or persuasion), intentionality (when wanted or desired) and knowledge (understanding or comprehension of the appropriate and complete action), which constitutes the principle of autonomy (52). In addition, individuals should be given recognition so that they can suspend their activity at any

time and protect themselves when they present diminished capacity to make decisions (53).

2. The principle of beneficence: beneficence must be ensured over both physical and psychosocial risks (52-54). There will always be controversy in clinical research between accessing the benefits and protecting the risks of these studies. Researchers should have a better understanding of the benefits before asking people to participate under two criteria: a) they will benefit from the resulting knowledge or, b) they understand and accept its benefit and risk (55).

3. The principle of non-maleficence will try not to harm people, seeking the least possible risks for its execution (52). If there are unacceptable risks of any kind or invasion of privacy, alternative ways of answering the research questions should be sought (50-51,53). The risk-benefit analysis is the main responsibility of research work from the ethical point of view.

4. The principle of justice is realized when identifying, what is fair and correct in the groups that need to be investigated and not using vulnerable populations without benefit for them. In addition, equity will be sought in the distribution of research resources (49,52).

The principle of justice is based on the balance between the demand for benefit and protection against improper activities. Justice must be evaluated from two perspectives: a) social (distinction between the classes of subjects who should or should not participate, the capacity of their members and the possibility of receiving such activities) and b) individual (fairness about benefits and risks), as in the case of vulnerable groups, so that the selection of subjects must be equitable. On the other hand, an understanding of the balance of direct or indirect benefit on the vulnerability of the participants and their risk is required. Fairness must be present in the access of individuals when there is a direct benefit to them, to ensure that the resulting information is not only restricted in its application but also beneficial to society (51,54,55).

Most likely, an analysis of each of the principles will affect more than one question in the development of any clinical research.

There are additional principles that are considered in the research process: protection of health, welfare and respect for populations and the right to self-determination, protection of vulnerable populations and equitable distribution of benefits (32,56).

The principlism approach instituted since the Belmont Report (44) was originated as a response to the dignified treatment that should prevail in clinical research participants. This report and later the expansion to the 4 basic principles, protect people by giving preponderance to their autonomy as human beings, to preserve justice in the fairness of activities and charity, placing the participants as the purpose of improvement and pointing out the non-maleficence as an event that, if sometimes it cannot be separated from the studies, is appropriately weighted in the risk benefit of each one.

7. International Standards Protecting the Dignity of Clinical Research Participants

International regulations seek to support the dignity of participants in various bioethical approaches. The main agreements, guidelines, conventions and conferences highlighting the importance of the dignity of clinical research participants are listed below.

- I. Universal Declaration of Human Rights: fundamentally mentions respect, freedom, justice and peace based on the inherent dignity and the inalienable and equal rights of human beings (57).
- II. The agreements of the Nuremberg Code initiate the preponderance of individuals over research, emphasizing their autonomy, the value of beneficence in studies and the intervention of risk (58).
- III. The Declaration of Helsinki and its subsequent amendments highlight the concern for individuals over the interests of society and science, protecting privacy, life, health and, above all, their dignity (59).

- IV. The Good Clinical Practice guidelines mention the importance of benefits and non-maleficence, the rights of safety, well-being and autonomy of the participants, their privacy and confidentiality (60).
- V. The Belmont Report, which constitutes a cut-off point in the evaluation of research by establishing the three fundamental principles (autonomy, beneficence and justice) that should prevail in any study (44).
- VI. A year later, with the publication of Beauchamp and Childress on the principles of medical bioethics, in which non-maleficence is added, separating it from the principle of beneficence (61).
- VII. The Oviedo Convention on human rights and biomedicine was drawn up to regulate the advances of the latter for the benefit of the participants in the studies, mainly concerning the human genome, the dignity of the human being, respect for privacy and experimentation on embryos, and establishes the objective of protecting the dignity and identity of persons (62).
- VIII. The International Conference on Harmonization for Good Clinical Practices (63) establishes the rights, safety and good performance in research, aiming at the welfare of the participants over the interests of science or society.
- IX. The Barcelona Declaration highlights the European position, giving importance to autonomy, dignity, integrity and vulnerability within the framework of responsibility and solidarity (64).
- X. The additional protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning biomedical research, highlighting the purpose of research on human beings, its benefits and risks, the scientific quality of the project, information to participants, informed consent and autonomy, authorization of information, safety and supervision. It establishes that the objective of research regulations shall be to protect the dignity and identity of persons with respect to their integrity and relevant freedoms (65).

- XI. The ethical guidelines of conduct in human research (66) establish the importance of beneficence and non-maleficence, autonomy and justice among participants; emphasis is placed on the process of selection of individuals, compensation, justification of placebos, information, privacy and confidentiality of participants, statistical analysis plans and reports, and criteria for termination of participation in the project.
- XII. The Declaration of Taipei makes considerations on databases and biobanks, highlights the autonomy, privacy and confidentiality of individuals, where researchers have the legal and ethical obligation to protect them (67).
- XIII. The guidelines of the Council for International Organizations of Medical Sciences for research on human beings based mainly on scientific and social value, respect for human rights, scientific validity, equitable distribution of benefits in the choice of individuals, potential risks and harms in the studies, as well as informed consent as part of the autonomy of the participants (68,69).
- XIV. The Global Code of Conduct for research in resource-poor settings, which emphasizes the importance of the benefit to the community, the impact it, has on its environment and its autonomy (70).
- XV. The agreements reached in the Declaration of Helsinki and its subsequent amendments establish the normativity of physicians to consider current international ethical, legal and juridical standards. The benefit and harm to participants, vulnerable groups and the way in which the protocols refer to the main ethical characteristics referred to are highlighted (59).

8. Conclusions

For the future of medical knowledge, it is essential to continue conducting competent clinical research both from the methodological point of view and about the support of bioethical concepts.

The person is the central part of clinical research, it is not possible to think from the bioethical point of view to carry it out without considering his/her dignity as an indispensable part of its execution.

Throughout history and especially nowadays, the failure to consider the dignity of persons has brought immense harm to human beings in research. This lack of dignity in studies has caused many people to have negative repercussions on their body, mind and everything related to their existence.

At the international level, there are norms and regulations that protect the dignified treatment of people; it is the duty of the researcher, the work and research center, the institutions and the government, to respect these laws in order to protect individuals who aspire to participate in clinical research. In them, it must be considered that people are the end and not the means to achieve the expected technological advances. Respecting the dignity of individuals in clinical studies is a central part of this, so respecting it means that research must be integral and contribute to the progress of science in a holistic manner.

References

1. Sánchez R, Reyes N, del Carpio Ovando P. Teoría del conocimiento e investigación: reflexiones sobre sus fundamentos filosóficos. *Runae*. 2017; 51-69.
2. Laferriere J, Lell H. Hacia una sistematización de los usos semánticos del concepto de dignidad humana en la protección internacional de derechos humanos: una revisión doctrinaria. *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*. 2020; 43:129-167. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2020.43.15181>
3. Nappo S, Lafrate B, Sanchez Z. Motives for participating in a clinical research trial: a pilot study in Brazil. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-19>
4. Carreño-Dueñas J. Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. *Pers bioét*. 2016; 20(2):232-243.
5. Morán N. La dignidad humana en las investigaciones biomédicas. *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*. 2004; (32):165-206.
6. Donoso-Sabando C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética* 2014; 18(2):184-193. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2014.18.2.3>

7. Bustos S, Guzmán P. Proposed ethical and methodological classification in human research. *Revista CONAMED*. 2016; 21(1):70-4.
8. Irigoyen C, Morales L. Reflexiones sobre la dignidad de la persona y la medicina. *Arch Med Fam*. 2013; 15(1):1-3.
9. Diccionario RADILE. Definición de persona. 2021 [Accessed on 2022 Apr 10]. Available at: <https://dle.rae.es/persona>
10. Pfeiffer M. Volver a la dignidad. *Revista Colombiana de Bioética*. 2009; 4(2):117-130.
11. Sgreccia E. Persona humana y personalismo. *Cuadernos de bioética*. 2013; 24(1):115-23.
12. Torres Bardales C. Fundamentos filosóficos de la dignidad humana y su incidencia en los derechos humanos [doctoral thesis]. 2015 [Accessed on 2022 Apr 10]. Available at: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4617/Torres_bc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Corral-Talciani H. El concepto jurídico de persona y su relevancia para la protección del derecho a la vida. *Ius et praxis*. 2005; 11(1):37-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122005000100003>
14. Cervera C. Personabilidad y coma: una propuesta reversible. *Medicina y Ética* 2022; 33(2): 395-417. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.03>
15. Landa C. Dignidad de la persona humana. *Cuestiones Constitucionales*. 2002; (7):109-38.
16. Marshall P. Informed consent in international health research. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2006; 1(1):25-41. <https://doi.org/10.1525/jer.2006.1.1.25>
17. Andorno, R. The dual role of human dignity in bioethics. *Medicine, health care and philosophy*. 2013; 16(4):967-973. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9373-5>
18. González A. La dignidad de la persona, presupuesto de la investigación científica. *Biología, dignidad y derecho: bases para un diálogo*. Pamplona: EUNSA; 2004.
19. Figueiredo A. Bioética: crítica ao princípalismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. *Rev. Bioét* 2018; 26(4):494-505. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264267>
20. Lindwall L, Lohne V. Human dignity research in clinical practice: a systematic literature review. *Scand. J. Caring Sci*. 2021; 35(4):1038-1049. <https://doi.org/10.1111/scs.12922>
21. Colautti C. *Derechos humanos*. Argentina: Universidad Buenos Aires; 1995.
22. Robles M, Utrilla. El respeto y la dignidad en la ética psicoanalítica. *Journal Revista de Psicoanálisis*. 1997; 26:177-200.
23. Comité de Derechos Humanos: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. 2004 [Accessed on 2022 Apr 20]. Available at : <https://www.refworld.org/es/pdfid/48e0c9052.pdf>
24. Pogge T. Dignidad y justicia global. *Diánoia*. 2011; 56(67):3-12.
25. de Oliveira L. Honor, dignidad y reciprocidad. *Cuadernos de Antropología Social*. 2004; (20):25-39.
26. Delgado L. El Derecho genético. *Ética en investigación biomédica y la dignidad de la persona humana*. *Lex-Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*. 2014; 11(11): 267-308. <http://dx.doi.org/10.21503/lex.v11i11.13>

27. Marín C. En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. *Revista de Bioética y Derecho*. 2014; 31:17-37.
28. Sánchez-Megía L. Investigaciones biomédicas y dignidad humana: los límites a la libertad de investigación. *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*. 2021; (27):965-990. <https://doi.org/10.5944/rduned.27.2021.31113>
29. Ronconi L. Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Salud colectiva*. 2012; 8:131-149.
30. Figueroa García-Huidobro R. El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*. 2013; 11(2):283-332. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000200008>
31. Fernandez L. Los derechos económicos sociales y culturales. [Accessed on 2022 Apr 10]. Available at: https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/17252/derechos_fernandez_1996.pdf?sequence=1
32. Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22:280-286. <https://doi.org/10.1157/13123975>
33. Pellegrino E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1990; 108:5-6.
34. Figueroa R. Concepto de derecho a la vida. *Ius et Praxis*. 2008; 14(1):261-300. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122008000100010>
35. Zúñiga-Fajuri A. El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria. *Estudios constitucionales*. 2011; 9(1):37-64. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002011000100003>
36. Medina-Quiroga C. La convención Americana: vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Derecho; 2003.
37. Nash-Rojas C. Alcance del concepto de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*. 2008; 15:585-601.
38. Sarteá C. La dignidad del vulnerable no tiene precio lo que puede hacer el biode-recho para salvarnos de la trampa economicista. *Cuadernos de Bioética*. 2017; 28(1):99-108.
39. León C, Navarrete C. Aspectos éticos de las investigaciones en los ensayos clínicos. Santiago de Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE); 2021.
40. González P. La dignidad de la persona y los ensayos clínicos con medicamentos. España: Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; 2004.
41. Macklin, R. Dignity is a useless concept. *Brit Med Jour*. 2003; 327(7429):1419-1420. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7429.1419>
42. Dhar H, Dhar D. Informed consent in clinical practice and literature overview. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 286(3):649-651. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2442-z>
43. Lin Y, Watson R, Tsai Y. Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nurs Ethics*. 2013; 20(2):168-77. <https://doi.org/10.1177/0969733012458609>

44. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento [Internet]. 1979. Available at : <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
45. Parker J. Critical Reflections on Conventional Concepts and Beliefs in Bioethics. *J Med Philos.* 2019; 44(1):1-9. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhy035>
46. Gallagher A, Li S, Wainwright P, Jones I, Lee D. Dignity in the care of older people, a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nurs.* 2008; 11:7-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-11>
47. Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research.* 2015; 15:41. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>
48. Donoso-Sabando C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética.* 2014; 18(2):184-193. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2014.18.2.3>
49. Takahashi M, Ramos H, Pinheiro-Neto C, Miziara I, Oliveira R. Current outlook of ethics in research with human subjects. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 2011; 77(2):263-6. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000200018>
50. Muthuswamy V. Ethical issues in clinical research. *Perspect Clin Res.* 2013; 4(1):9-13. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.106369>
51. Riquelme A, Alvarez G, Ramos R, Saborido M, González H. Breves consideraciones sobre la bioética en la investigación clínica. *Revista Cubana de Farmacia.* 2016; 50(3).
52. Acevedo P. Aspectos éticos en la investigación científica. *Ciencia y enfermería.* 2002; 8(1):15-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>
53. Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Newman TB. *Designing Clinical Research.* Philadelphia: LWW; 2013.
54. Rippel J, Medeiros C, Maluf F. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights and CNS Resolution 466/12: a comparative analysis. *Revista Bioética.* 2016; 24(3):603-12. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243160>
55. Kiskaddon SH. Balancing access to participation in research and protection from risks: Applying the principle of justice. *J Nutr.* 2005; 135(4):929-32. <https://doi.org/10.1093/jn/135.4.929>
56. Olivero R, Domínguez A, Malpica C. Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta Bioethica.* 2008;14(1):90-6. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100012>
57. Naciones Unidas. Concluding Observations of the Human Rights Committee: Canada [Internet] 1999. CCPR/C/79/Add. 1948; 105.
58. Arroyo F. El código de Nuremberg: un hito en la ética de la investigación médica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.* 1999; 24(1):33-7.
59. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas [Internet] 1994. [Accessed on 2022 Jan 10]. Available at: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

60. US Food and Drug Administration. Normas de Buenas Prácticas Clínicas (BPC). Conferencia Internacional de Armonización sobre requerimientos técnicos para el registro de productos farmacéuticos para uso en humanos. Guía tripartita armonizada de la Conferencia Internacional de armonización lineamientos para la buena práctica clínica; 1996, Washington: FDA; 1996. [Accessed on 2022 Feb 21]. Available at: <https://www.fda.gov/media/78552/download>
61. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. USA: Oxford University Press; 2001.
62. Jiménez P. El Convenio de Oviedo de Derechos Humanos y Biomedicina: la génesis parlamentaria de un ambicioso proyecto del Consejo de Europa. Revista de las Cortes Generales. 1997; 129-54. <https://doi.org/10.33426/rcg/1997/40/935>
63. Dixon J. The international conference on harmonization good clinical practice guideline. Quality Assurance 1999; 6(2):65-74. <https://doi.org/10.1080/105294199277860>
64. Kemp P, Dahl J. Deklaracija iz Barcelone. Prema integriranom pristupu temeljnim etičkim principima. Synthesis philosophica. 2008; 23(2):239-51.
65. Consejo de Europa. Additional protocol to the convention on human rights and biomedicine concerning biomedical research, artículo 19. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2005.
66. Sulaiman S. Guidelines for Ethical Conduct of Research Involving Human Subjects 2008. [Accessed on 2022 Feb 25] Available at: <https://www.fmoh.gov.sd/Research/Document/National%20ethical%20guidelines.pdf2008>
67. Mundial AM. Declaración de la Asociación Mundial Médica sobre las consideraciones éticas de las bases de datos de salud y los biobancos. [Accessed on 2022 Apr 10] Available at: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-las-consideraciones-eticas-de-las-bases-de-datos-de-salud-y-los-biobancos/>
68. CIOMS. International ethical guidelines for health-related research involving humans. International ethical guidelines for health-related research involving humans. 2017.
69. van Delden J, van der Graaf R. Revised CIOMS international ethical guidelines for health-related research involving humans. Jama. 2017; 317(2):135-6. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.18977>
70. Schroeder D, Adhiambo J, Altare C, Alvarez-Castillo F, Andanda P, Bompert F, *et al.* Global code of conduct for research in resource-poor settings. [Accessed on 2022 Apr 10] Available at: <https://www.globalcodeofconduct.org/wp-content/uploads/2018/08/Global-Code-of-Conduct-Brochure-Spanish.pdf>

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Transhumanismo, tecnohumanismo y ética

Transhumanism, techno-humanism and ethics

*Luca Benvenga**
Universidad de Salento, Italia

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.04>

Resumen

En el presente artículo se describirá y analizará, mediante una revisión de la literatura, el transhumanismo, una compleja corriente de pensamiento cuyo proyecto implica la fusión del individuo y la máquina.

Tras un primer breve análisis sobre los orígenes del transhumanismo, se investiga la vinculación cada vez más fuerte de los paradigmas antropocéntrico y tecnocéntrico, con el fin de comprender, a través de la figura del cibernético, cómo el progreso actual de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y la Inteligencia Artificial (IA) insinúan un alto nivel de penetración en lo humano. Se analizan las cuestiones éticas que plantean los procesos de hibridación en la actualidad. Asimismo, se presta especial interés a la exploración de la polarización existente entre conservadores y progresistas, con referencia a sus respectivas formas de interpretar la relación entre el sujeto y la tecnología.

* Correo electrónico: luca.benvenga@unisalento.it
<https://orcid.org/0000-0001-5163-2129>

Recepción: 01/06/22 Aceptación: 19/09/22

Palabras clave: transhumanismo, antropocentrismo, tecnocentrismo, cibernético y TIC.

1. Ultrahumano, transhumano, transhumanismo

El objetivo de este artículo es el de describir y analizar, a través de una revisión de la literatura, el transhumanismo, una compleja corriente de pensamiento cuyo proyecto contempla la fusión del individuo y la máquina (1, p.57), de forma que se configure la superación de la dependencia del Homo sapiens de su base biológica (2, p.12) y se vuelva a poner en primer plano la cuestión de la evolución biotecnológica de la especie (2, p.14).

Tras un breve análisis inicial de los orígenes del transhumanismo, se observará el entrelazamiento cada vez más fuerte de los paradigmas antropocéntrico y tecnocéntrico, con el fin de comprender, a través de la figura del cibernético, cómo el progreso actual de las TIC y la IA insinúa un alto nivel de penetración en lo humano. Por último, se reflexionará sobre las cuestiones éticas que plantean los procesos de hibridación en la actualidad. Se prestará especial interés a la profundización de la polarización existente entre conservadores y progresistas, con referencia a sus respectivas formas de interpretar la relación entre sujeto y tecnología.

Hasta la segunda mitad del siglo pasado, la tecnología se percibía como un instrumento mediante el cual se podían suplir las deficiencias morfofisiológicas de nuestros cuerpos (3). Hoy en día, la tecnología, especialmente la digital, se concibe como una herramienta que presenta la posibilidad de mejorar las condiciones físicas y mentales del ser humano, a través de un proceso mutuo que está en el principio de la evolución hacia el individuo biotecnológico.

Esto, por un lado, significa que la tecnología tiene un papel importante en terrenos como la biología. Se investiga, por ejemplo, la unión entre las células biológicas y los chips (4, p.92). Por otro lado, la tecnología va más allá de la penetración para crear biología, con chips que vigilan el crecimiento de proteínas o células (4, p.92).

Esta combinación, que empuja al ser humano más allá de sus posibilidades biológicas, es el principio pensante del transhumanismo, cuyas posiciones fueron conceptualizadas por primera vez por Pierre Teilhard de Chardin y el biólogo británico Julian Huxley entre los años 30 y 50, y de las que procede todo pensamiento en torno a la integración del cuerpo orgánico y los sistemas inteligentes (5).

El primero, filósofo y paleontólogo de inspiración iluminista, en su libro (6)¹ dedica una sección a *La fine della specie*, en la que considera la evolución del ser humano desde una perspectiva temporal. La posibilidad “conferida a todo hombre de ‘transhumanizarse’ (mediante la eliminación de obstáculos y la provisión de medios adecuados), llegando al extremo de sí mismo” (6, p.371).

Está dada por:

un cambio radical en el mecanismo de la evolución [...]. Bajo el esfuerzo colectivo de la ciencia, siente que está a punto de poder controlar fisiológicamente en su interior el juego [...] de la morfogénesis. De modo que, [...] la evolución terrestre de la vida no sólo cambia completamente las dimensiones de sus propias construcciones, sino que entra en una fase "explosiva", de un tipo absolutamente nuevo (6, p.304-305).

En la reflexión del autor, la filogenia, aunque se creía que ya había alcanzado la madurez “se revela [...] todavía en su estado embrionario. Más allá de lo humano que conocemos, una zona profunda, aunque todavía oscura, de lo ultrahumano se extiende ahora a nuestro conocimiento científico” (6, p.454-455). El “formidable acontecimiento” toma forma a partir del siglo XX, efecto de un salto industrial en las comunicaciones y en las poblaciones:

este proceso, dada la relación fundamental entre la comprensión biológica y el aumento de la conciencia [invención], tiene como resultado elevar irresistiblemente el reflejo en nosotros y a nuestro alrededor.

¹ La monografía reúne ensayos escritos a lo largo de un periodo de veinte años (ed. 1959). Sin embargo, fue a partir de los años treinta cuando el autor inició sus reflexiones sobre la evolución de la especie humana y las tesis transhumanistas.

Bajo la acción de las fuerzas que la comprimen [...], la sustancia humana comienza a planetizarse, es decir, a interiorizarse y animarse globalmente (6, p.454).

El transhumanismo de Teilhard de Chardin es la conquista de un *futuro*. Como especie, el ser humano está sujeto al cambio, a algo totalmente nuevo frente a él (6, p.462).

Justificando la fe en el conocimiento científico como motor de la evolución, el paleontólogo francés puede ser descrito como el pionero de las teorías transhumanas, incluso antes de que el transhumanismo ganara prestigio como corriente filosófica.

No obstante, el padre biológico del transhumanismo, quizás más noble que Theillard de Chardin, es Huxley. Si el jesuita francés fue el inventor de términos como *ultrahumano* y *transhumano*, el biólogo inglés es el creador del concepto de transhumanismo, del que procede todo el movimiento que hoy conocemos (7, p.29).

Huxley, en el capítulo introductorio del libro *New Bottles for New Wines* (8), continúa su reflexión filosófica sobre el transhumanismo, que ya había iniciado unos años antes, lanzando la idea del nombre “una filosofía tan amplia, tal vez podría llamarse, no humanismo, porque eso tiene ciertas connotaciones insatisfactorias, sino transhumanismo. Es la idea de la humanidad que intenta superar sus limitaciones y llegar a una plenitud” (9, p.139).

Más tarde, en 1957, escribe:

hasta ahora, la vida humana ha sido generalmente como la describió Hobbes: “cruel, brutal y corta”. La gran mayoría de los seres humanos [...] son infelices, por una u otra razón [...]. Han intentado aligerar esta carga con ideales y esperanzas. El problema es que las esperanzas han sido generalmente injustificadas y los ideales han resultado generalmente inadecuados a la realidad circundante (9, p.16).

Por ello, como ya ha señalado Theillard de Chardin, él también basa sus observaciones en el poder de la ciencia como categoría de la modernidad, afirmando que sólo una vigorosa exploración científica de

las posibilidades y de las técnicas necesarias para su realización hará que nuestras esperanzas sean racionales y nuestros ideales se adapten a la realidad circundante, demostrando lo que es realmente factible (9, p.16).

Para el biólogo inglés,

ya podemos estar convencidos de la existencia de estas tierras inexploradas y de que las limitaciones y frustraciones actuales podrían superarse. Estamos justificados al creer que la vida humana, tal y como la conocemos, no es más que un desafortunado compromiso, basado en la ignorancia, que podría ser superado y sustituido por una condición basada en el conocimiento y la comprensión [...] (9, p.16).

Esto es posible explorando lo siguiente:

las posibilidades de crear un entorno social más favorable, al igual que hemos hecho en gran medida con nuestro entorno físico. Tendremos que partir de nuevas premisas [...], sobre todo, que hay dos partes complementarias de nuestro destino cósmico [...] (9, p.16). La primera parte está representada por nuestras obligaciones para con nosotros mismos, y se manifiesta a través de la realización y el disfrute de nuestras capacidades (9, p.17). La segunda está representada por nuestras obligaciones hacia los demás y se realiza en el servicio a la comunidad, en la promoción del bienestar de las generaciones futuras y en el avance de nuestra especie en general (9, p.17).

Al predicar el advenimiento de una evolución inminente, Theillard de Chardin y Huxley, junto con otro biólogo contemporáneo, Jean Ronstand, un transhumanista con tintes futuristas y defensor de la autorreplicación señalan que:

el hombre [escribe] podría por sus propios medios provocar un nuevo cambio orgánico, físico, en sí mismo, con todas las modificaciones que ello supondría en sus funciones (10, p.127), los tres proponen un diálogo entre lo que es orgánico y lo que no lo es, mediante una intervención [...] en la que el hombre se recrea a sí mismo, mejorando su propia edad evolutiva y subvirtiendo así las leyes que le han llevado a su condición actual (1, p.62), [...] las características de nuestra especie

que todos compartimos están inscritas y se transmiten en nuestro código genético independientemente de nuestra voluntad, el nuevo hombre producido por la ciencia no tendría restricciones para replicar automáticamente sus características originales (1, p.62).

Los discursos transhumanistas sobre la capacidad humana de superación a través de los descubrimientos tecnológicos y científicos van de la mano de ciertas cuestiones antropocéntricas. La revalorización de estas cuestiones surge precisamente de la comparación con el paradigma transhumano, como veremos a continuación.

2. Lo humano y lo técnico

Con el telón de fondo teórico y cultural del transhumanismo, que consiste en dos fenómenos principales interconectados —el cambio antropológico y la evolución de la tecnociencia—, pretendemos promover una confrontación entre el antropocentrismo y el tecnocentrismo.

La hipótesis básica es la siguiente: en la actualidad no se está produciendo ningún cambio de paradigma, sino que hemos entrado en una nueva fase anulando los códigos de la evolución natural (1, p.61). Esta nueva visión, que ya no está centrada en el ser humano puesto que no hay oposición entre lo humano y lo artificial, puede ayudar a crear las condiciones para abordar una serie de cuestiones que surgen en una sociedad dominada por la IA, en la que la idea de un paradigma antropocéntrico sigue siendo primordial.

Aunque en sus diferentes aspectos, los transhumanistas coinciden en un proyecto de mejora humana, cuyos escenarios evolutivos abren amplios espacios de discusión sobre la relación entre naturaleza y cultura. En efecto, la especie humana siempre ha buscado mejorar sus condiciones de vida, mediante la erradicación de ciertas enfermedades, la prolongación de la esperanza de vida y las nanotecnologías o el uso de prótesis (desde los *pacemakers* hasta las extensiones de miembros artificiales), basando los constantes desafíos de la

naturaleza biológica en las innovaciones introducidas por la investigación, en la conciencia de una evolución a través de la ciencia.

Para los transhumanistas, el progreso científico desempeña por tanto un papel decisivo en el destino de la humanidad. En el deseo de hacer frente a las deficiencias orgánicas, a los brotes patológicos inesperados, a la exacerbación de las enfermedades o a la ocurrencia de acontecimientos desafortunados, la investigación biomédica prevé la posibilidad de mejorar el rendimiento de nuestro organismo, optimizar el funcionamiento de la actividad cerebral y prolongar, incluso duplicar, la vida media, en una relación más estrecha de interdependencia entre lo natural y lo artificial (1, p.123-4).

Esto podría traer consigo muchas expectativas y plantear algunas preguntas, por ejemplo, sobre la posibilidad de que el hombre ¿podrá intervenir artificialmente sobre su cuerpo y reducir indefinidamente el proceso degenerativo? (1, p.123-124).

La posibilidad de una conexión estructural entre lo humano y lo artificial revela cómo los paradigmas antroponocéntricos no son exclusivamente contradictorios. Por el contrario, presentar la posibilidad de un proceso mutuo rompe las fronteras entre lo que es biológico y lo que no lo es, problematizando la tecnología ya no como una herramienta protésica o alternativa a la evolución humana, sino como su fundamento natural.

Las TIC han supuesto una redefinición del significado clásico de lo humano. El impacto en la estructura de la sociedad ha sido profundo, ha transformado las actividades cotidianas y ha aumentado la confianza en la ciencia: a) los nuevos modelos de producción y circulación del conocimiento han encontrado su afirmación en un espacio virtual; b) las relaciones sociales han escapado a la morfología de las fronteras geoterritoriales; c) el uso de tabletas y teléfonos inteligentes ha registrado la transición de una digitalización cognitiva a una movilidad cognitiva, en la que toda la información, no sólo los contenidos de los medios de comunicación, sino también la información individual) está disponible en todas partes (11).

En otros frentes como la medicina, la farmacología y la biotecnología, el diálogo entre lo humano y lo digital ha subvertido las

antiguas controversias en el seno de la evolución de la especie, con la superación de una concepción aristotélica del hombre de hace siglos. En este sentido, lo que se ha configurado durante varios años como la manipulación digital de la composición del cuerpo con el objetivo preciso de modificar la percepción del dato natural como algo experimentado pasivamente, muestra, en cambio, cómo el cuerpo representa una de las expresiones mutantes de la cultura humana (1, p.129-130).

Los objetos culturales-digitales operan sobre la posible evolución de la sociedad: el progreso, resultado de las invenciones de la ciencia, juega un papel en la tipología evolutiva de lo humano. Su potencial emancipador nos ha permitido comprender mejor nuestros fundamentos biológicos y mejorarlos. Es el cibernético, en particular, el que personifica la mediación entre estos dos tipos de evolución humana, la biológica y la cultural, ya que es la afirmación de una adaptación natural del individuo a los productos de la cultura material. Los individuos son cibernéticos en su interacción con las tecnologías: este híbrido complejo y mutable pone en tela de juicio ciertos supuestos sobre las oposiciones entre lo orgánico/inorgánico, lo natural/artificial y el yo/otro (12). El organismo cibernético es, pues, el resultado de un largo proceso de tecnologización, en el que convergen diferentes instancias que subyacen al *perfeccionamiento* humano (13, p.44).

Estas exigencias, que garantizan nuevas oportunidades para la especie humana, serán analizadas en las siguientes páginas.

3. La tecnología y el cibernético. Criaturas de la frontera

Marshall McLuhan, en 1988, escribió que nos acercamos un estado de “simulación tecnológica de la conciencia, cuando el proceso creativo del conocimiento se extenderá colectiva y corporativamente a toda la sociedad humana” (14, p.116).

Esta situación, entonces nueva, ya no representa una experiencia extraordinaria. Desde hace varias décadas, las TIC y el desarrollo de prótesis cognitivas controladas digitalmente influyen tanto en las

relaciones sociales, articuladas en un sistema virtual de interdependencias, como en las capacidades intelectuales, como si se produjeran cambios en nuestro patrimonio genético (15).

La maquinación de lo biológico que encuentra sustancia en el cibernético (2, p.129) produce una continuidad en el proceso de artificialización de lo humano. A diferencia de las máquinas tradicionales, que son externas al cuerpo y fácilmente identificables, la visión integrada de la tecnología actual revela interesantes perspectivas en la relación entre lo humano y lo artificial (16, p.19-20). Es a la vez difusa e invasiva “por un lado, se expande alrededor del cuerpo, modificándolo o prolongándolo, y por otro se insinúa en el cuerpo para interactuar de forma sutil e inusual, para potenciar, modificar o anular facultades, o simplemente para obtener información a través de la eidomática médica” (16, p.20).

La nueva realidad cibernética (17) anticipa una forma de superación que conduce al ideal de perfección humana previsto por el transhumanismo (18, p.6). La idea ya no es imitar el funcionamiento biológico con dispositivos artificiales. Las aplicaciones van más allá de la recuperación de las funciones naturales para lograr la mejora artificial del cuerpo, una idea típica de la corriente de pensamiento transhumanista (18, p.15). Y esta mejora de lo humano es inminente:

el cibernético no es un producto que se piensa hoy y que espera una posible realización en un futuro próximo, sino un proceso que ya ha comenzado y que ve su realización progresiva, a menudo inconsciente, a través de la tecnocratización de la sociedad: hoy asistimos a un proceso de cibocratización implementado por las progresivas olas de innovación tecnológica que convergen hacia la realización de la mejora tecnológica del hombre (13, p.43).

A la luz de los argumentos mencionados, se perfila una realidad humana y social producto de la IA y de la cientificación de la naturaleza, en la que la tecnociencia refleja un impulso hacia el dominio y la transformación de lo biológico (19, p.20). El organismo cibernético que resulta de esta metamorfosis:

es una realidad que, para ser comprendida y descifrada en toda su valencia, debe ser entendida y descompuesta en los diferentes componentes que le dan forma. En primer lugar, puede entenderse como el epifenómeno tecnológico de esa visión antropológica posthumana y transhumana que disuelve las características del ser humano en una maleabilidad ilimitada: según las ideas propuestas por los seguidores de estos movimientos, el hombre es aquel cuya característica constitutiva es la no definición, en el sentido de que su identidad biológica se presenta como un continuo devenir. Con base en lo anterior, la tecnología se considera el instrumento para someter esta maleabilidad a la voluntad. En segundo lugar, el cibernético se ha revelado como una metáfora, una imagen, que nos ha permitido estudiar la historia de la especie humana desde el punto de vista de su relación con las tecnologías. El organismo cibernético revela la comprensión del hombre del fenómeno tecnológico (13, p.44).

El simbiote, como lo ha definido Giuseppe Longo (16) que es la unión entre el ser humano y la tecnología, es el producto de esta última, que modifica la forma de ser, revelando mediante la reflexión, la capacidad humana de gobernar sistemas inteligentes. De ello se desprende que la tecnología digital no contribuye exclusivamente a crear la esencia del hombre contemporáneo (16, p.44), sino que está regulada por el individuo y es funcional a sus fines.

Allucquère Rosanne Stone (20) concibe al cibernético como una criatura fronteriza entre el hombre y la máquina, pero también como un intersticio cultural, que habita los límites entre la muerte y la vida, la temporalidad y la eternidad (20, p.178). Por estas razones, el cuerpo del cibernético es un puente entre lo humano y lo transhumano.

Enriquecido instrumentalmente por la tecnología, pero cuya presencia en el cuerpo orgánico es sin embargo prevalente, el simbiote da lugar a la indiferenciación: lo humano y las TIC evolucionan intercambiando influencias mutuas: esto lleva a su simbiosis y luego a la singularidad (4, p.100). Se asiste a una convergencia de dos entidades diferentes, que se puede leer como una “humanización” de la máquina y como una “maquinización” del hombre (21). Sin embargo, la evolución ciberorgánica del ser humano abre complejos itinerarios

éticos. En este documento nos centraremos en dos orientaciones principales, que observaremos en claro contraste entre sí.

4. Algunas cuestiones éticas

En un intento de ofrecer una lectura ética de la interacción entre lo humano y lo artificial observamos, por un lado, a los bioconservadores que conciben la tecnología como algo deshumanizado; por otro lado, están los transhumanistas, que exaltan la tecnología como una posibilidad de mejora (4, p.94).

Expresada así, la dimensión ética se relaciona con dos cuestiones, ambas de carácter ontológico: ¿Qué significa ser hombre? ¿Qué es la naturaleza? ¿Cuál es el futuro del hombre y de su cuerpo? ¿Qué es lo posthumano? (4, p.94).

Para los bioconservadores, la principal preocupación son las prácticas de mejora que se consiguen con el uso de la biotecnología. *L'enhancement* (la biomejora) se percibe como una deshumanización y una amenaza para la moralidad de la acción humana, con implicaciones peligrosas e irremediables (22).

Los bioconservadores creen que no se debe alterar la condición humana porque la alteración genética supone una amenaza para el futuro de las sociedades. Una posible alternativa a la ingeniería de la especie humana puede ser el control estricto de la biotecnología, limitando su uso (25).

Los defensores del enfoque aristotélico de la especie están acostumbrados a distinguir, en términos heurísticos, entre “mejora humana” y “bio-mejora”. Según esta distinción, dentro de la primera etiqueta están:

todos los métodos que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia para mejorar. Por otro lado, el ámbito de la bio-mejora se restringe a las innovaciones que el ser humano ha producido en los últimos años gracias a los avances en el campo biomédico y biotecnológico y que, en la mayoría de los casos, poseen la característica antes ilustrada de actuar dentro de los organismos (22, p.29).

Centremos ahora nuestra atención en la bio-mejora (23), que consiste en mejorar al ser humano de diferentes maneras. Haciéndolo más inteligente, más longevo, inmune a las enfermedades, genéticamente superior (o programable) y por diferentes medios (prótesis tecnológicas, fármacos, estimulación cerebral, manipulación genética, etc.). Hacerlo de forma permanente y potencialmente heredable (23).

La perspectiva humanista moderna de los bioconservadores evoca una sinergia entre la sacralización de la vida y la valorización de una moral tradicionalista (24, p.54). De hecho, la cuestión más debatida:

se refiere al impacto que las tecnologías de mejora podrían tener en la autenticidad humana, entendida como la identificación del individuo con sus propias capacidades y características fundamentales que se verían alteradas mediante intervenciones que no satisfacen las necesidades médicas (26, p.217).

Según los fundamentos de la lógica bioconservadora, las tecnologías de mejora humana sólo deben utilizarse con fines terapéuticos, para propósitos que no vayan más allá del concepto de curación, en lugar de emplearlas para perfeccionar el funcionamiento de las capacidades humanas ya consideradas “en el rango de la normalidad” (26, p.216-17), hasta el punto de llevar a la especie humana a la inmortalidad. A pesar de esta aclaración, la frontera entre lo que puede ser terapéutico y lo que sólo puede ser potenciador es porosa: no existe una condición de “normalidad estándar” (22,23), a partir de la cual establecer cuándo una intervención es terapéutica, o cuándo puede asimilarse a la potenciación de las capacidades humanas (28, p.120).

Además, Ricci *et al.* (26), que comparten un punto de vista progresista, afirman que es necesario:

sin embargo [,] considerar la actualización como un fenómeno inevitable ya que el cambio es inherente a la naturaleza y es la principal razón de nuestra evolución. De hecho, estas tecnologías podrían aportar al mismo tiempo mejoras reales para el individuo y, de forma más general, podrían contribuir a la realización de un mundo mejor (28, p.217).

Por lo tanto, continúan los autores, desde una perspectiva biojurídica es plausible evaluar “los pros y los contras [de las tecnologías de mejora] mediante un análisis caso por caso, sobre la base de una evaluación de riesgos y beneficios, realizando así un balance de intereses” (28, p.217). Por su parte, las consideraciones de los transhumanistas, como las de toda la corriente bioprogresista, se refieren al poder reontologizador de la tecnología digital (27, p.176), que “opera una transformación [...] de lo que somos: el hombre es un continuo devenir, especialmente en su interacción con la tecnología” (4, p.94).

Por lo tanto, para los transhumanistas la distinción entre terapia y empoderamiento no tiene ningún significado práctico o normativo (28, p.121). Los dos autores, en este sentido, escriben que:

los transhumanistas sostienen que deberíamos tratar de desarrollar y poner a disposición opciones de mejora humana de la misma manera y por las mismas razones por las que tratamos de desarrollar y poner a disposición opciones de tratamientos médicos terapéuticos: para proteger y ampliar la vida, la salud, la cognición, el bienestar emocional y otros estados o atributos que los individuos puedan desear para mejorar sus vidas (28, p.121).

El proyecto transhumano se basa en la idea de *enhancement* del individuo contemporáneo, hasta el punto de trascender sus límites. Así, en la práctica, se trata de “reparar” el organismo cuando funciona mal y, por otro lado, de “procesarlo” de forma que aumente su capacidad de rendimiento. En este contexto, tanto la victoria sobre la enfermedad y la muerte como las prácticas de empoderamiento expresan diferentes modulaciones del mismo enfoque mecanicista (29).

El pensamiento transhumanista se basa en dos dimensiones conceptuales que son antitéticas a las posiciones de los bioconservadores, que hacen del transhumanismo un paradigma antropo/tecnológico. En las tesis de los bioprogresistas, que incluyen a los transhumanistas, se puede observar lo siguiente:

1. La mejora humana [...] podría convertirnos en seres que pueden tener una esperanza de vida con salud indefinida, facul-

tades intelectuales mucho mayores que las de cualquier ser humano actual —y quizás sensibilidades o modalidades totalmente nuevas— así como la capacidad de controlar sus emociones (30, p.101);

2. La posibilidad de acercarse a una condición de vida (la condición posthumana) que va mucho más allá de la condición humana actual, haciéndola casi inconcebible para nuestra inteligencia. “Se trata, pues, de desarrollar [...] “una capacidad central general que supere ampliamente el máximo alcanzable por cualquier ser humano actual sin recurrir a nuevos medios tecnológicos” (30, p.219).

En cuanto a la cuestión de la prolongación de la vida, que plantea cuestiones éticas relativas a la pérdida de la singularidad existencial o al sinsentido de la propia vida por carecer de una perspectiva de muerte (30, pp.4-5), el debate en la literatura es muy amplio. Se trata de una serie de problemas que giran en torno a una progresión de objeciones, como la superpoblación y el crecimiento desproporcionado de una población cada vez más envejecida; la obligación de reorientar las políticas sociales y sanitarias; la asimetría generacional, provocada por el aumento de las cargas financieras que debe soportar la población productiva, entre otras (8,28,31,32).

Básicamente, tal y como lo plantean los conservadores, la oposición a una condición de longevidad perpetua se basa, entre otras cosas, también en la idea de la dignidad que rodea a la vida, que está en peligro por los nuevos proyectos posthumanos. Leamos ahora juntos la cita de Bostrom y Roache (28) que, aunque larga, transmite la atención sobre las reflexiones de los transhumanistas sobre lo que podemos considerar como digno en relación con la vida humana, mostrándonos así la manera en que el concepto de dignidad es susceptible de un amplio uso argumentativo:

los transhumanistas pueden responder a estas consideraciones al menos de dos maneras. En primer lugar, los que se oponen a la prolongación radical de la vida con el argumento de que una vida inmortal o

muy longeva no merece la pena pueden abogar por abandonar la investigación de la tecnología de prolongación de la vida, e incluso pueden abogar por impedir que la gente la utilice una vez que esté disponible (28, p.124). El punto de si mereciera la pena vivir una vida extremadamente larga no es obviamente relevante para la cuestión de si merece la pena salvar una vida, y el hecho de que pueda haber razones para considerar que un determinado tipo de vida no merece la pena no justifica en sí mismo que se impida a quienes desean vivir una vida así (28, p.124). Así que pueda haber razones para creer que una vida extremadamente larga no valdría la pena, entonces, no justifica en sí mismo que se impida a quienes desean prolongar radicalmente su vida hacerlo, si los medios para hacerlo y la vida prolongada resultante no perjudican significativamente a otros (28, p.124).

5. Observaciones finales

Lo que ha surgido nos da un escenario cambiante. Al repasar los temas discutidos hasta ahora, nos gustaría destacar algunos aspectos que consideramos centrales para entender lo que se ha dicho.

El núcleo teórico y ético del transhumanismo, objeto de la primera parte de la obra, se plasma en el reconocimiento de una alianza entre la inteligencia humana y la inteligencia artificial. El paradigma transhumano debe combinarse con la contaminación de la especie humana con la alteridad de las máquinas. La idea de la evolución consciente se encuentra en el corazón del proyecto transhumanista. Para los defensores de la evolución autodirigida por el ser humano, el sentido y la dirección del proceso de desarrollo se encuentran en la armonización de la naturaleza y la cultura. Es la tecnociencia la que cuestiona el concepto tradicional de lo humano, con la posibilidad de refinados cambios bioantropológicos que en parte ya se están produciendo, y en parte se podrán realizar en un futuro próximo.

En la segunda parte del documento, se intentó describir y explicar el proceso de aceptación y rechazo del progreso humano, tal y como se plantea en los términos de la corriente del transhumanismo.

La alteración de las estructuras corporales que han hecho posible las tecnologías digitales ha conducido a la polarización. La apertura hacia la alteridad artificial postulada por los bioprogresistas choca con ciertos riesgos identificados por los bioconservadores. Para estos últimos, el supuesto básico es que el deseo de mejora va en contra de la naturaleza, e incluso plantea una contradicción ontológica de lo humano, con repercusiones negativas, entre otras cosas, en la estabilidad de nuestras sociedades.

Referencias

1. Marazzi A. *Uomini, cyborg e robot umanoidi*. Roma: Carocci; 2012.
2. Caronia A. *Il Cyborg. Saggio sull'uomo artificiale*. Milano: ShaKe; 2008.
3. Gehlen A. *Die Seele im technischen Zeitalter*. Hamburg: Rowohlt's Taschenbuch Verlag; 1984.
4. De Toni A, Battistella C. Dall'Homo sapiens sapiens all'Homo technologicus: bioconservatori versus transumanisti. *Teoria*. 2007; 27(2):91-101.
5. Vint S. *Bodies of tomorrow*. Toronto: University of Toronto Press; 2007.
6. Teilhard de Chardin P. *L'avvenire dell'uomo*. Milano: il Saggiatore; 1972.
7. Campa R. Una spirale ascendente. Origine e sviluppo del transumanesimo. *Pedagogia e Vita*. 2017; 75(2):27-40.
8. Huxley J. *New bottles for new wine*. London: Chatto & Windus; 1957.
9. Huxley J. Knowledge, morality, and destiny. *The William Alanson White Memorial Lectures. Psychiatry*. 1951; 14(2):127-151.
10. Ronstand J. *L'uomo artificiale*. Torino: Einaudi; 1959.
11. De Kerchove D. Tecnologia. Nativi digitali, veloci non stupidi [Internet]. [consultado 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.avvenire.it/mondo/pagine/nativi-digitali>.
12. Lupton D. M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society. *Soc Theory Health*. 2012; 10(3):229-244.
13. Benanti P. Technologie dell'enhancement e il cyborg. *Studia Bioethica*. 2013; 6(1):42-47.
14. McLuhan M, McLuhan E. *Laws of Media: The New Science*. Toronto: University of Toronto; 1988.
15. Kang E. Cyborg Communication [Internet]. 2009 [consultado 10 de enero de 2022]; Disponible en: <http://www.kangeunsu.com/2009/01/01/cyborg-communication/>
16. Longo G. *Homo technologicus*. Roma: Meltemi; 2005.
17. Haraway D. *Manifiesto cyborg*. Milano: Feltrinelli; 1991.
18. Parra J. Superación personal y tecnología cyborg: ¿terapia o mejoramiento? *CEIC*. 2020; 2(238):1-17.

19. Zuna, K. *et al.* Formas y tensiones que se presentan en la nueva antropotécnica llamada cyborg. Reflexiones éticas y teológicas para nuestros tiempos. Abya-Ayala: Universidad Politécnica Salesiana; 2019; 9-39.
20. Stone A. *The War of Desire and Technology at the Close of the Mechanical Age.* Cambridge: MIT; 1995.
21. Longo G. L'automa specchio dell'uomo [internet]. 2007 [consultado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.aetnanet.org/modules.php?name=News&file=print&sid=8649>
22. Luverà C. Potenziamento e terapia: riflessioni etiche sullo human enhancement. *Natura Umana* 2.0. 2016; 27-37.
23. Savulescu J., Bostrom N. *Human enhancement.* Oxford: Oxford University Press; 2008.
24. Le Dévédec, N. Entre la sacralisation de la vie et l'essentialisation de la nature humaine: un examen critique du bioconservatisme. *Politique et Sociétés.* 2017; 36(1):47-63.
25. Fukuyama F. *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution.* New York: Picador Books; 2002.
26. Ricci L, Cersosimo M, Ricci P. Human enhancement: questioni biogiuridiche. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.* 2019; 4(1):215-224.
27. Floridi L, Cabitza F. *Intelligenza artificiale: L'uso delle nuove macchine.* Milano: Bompiani; 2021.
28. Bostrom N, Roache R. *Ethical issues in human enhancement. New waves in applied ethics.* London: Palgrave Macmillan; 2008.
29. Grion L. *Guerra ai limiti. Sulle filosofie dell'immortalità terrena.* *Acta Philosophica.* 2017; 26(2):285-306.
30. Bertolaso M, Valera L. *Verità e fiducia nell'era del transumanesimo.* *Scio.* 2018; (15):97-122.
31. Kaplan H. *et al.* A Theory of Human Life History Evolution: Diet, Intelligence, and Longevity. *Evol. Anthropol.* 2000; 9(4):156-185.
32. Habermas J. *The Future of Human Nature.* Cambridge: Polity; 2003.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Transhumanism, techno-humanism and ethics

Transhumanismo, tecnohumanismo y ética

Luca Benvenga*
University of Salento, Italy

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.04>

Abstract

This article will describe and analyze, through a literature review, transhumanism, a complex current of thought whose project involves the fusion of the individual and the machine.

After a first brief analysis on the origins of transhumanism, the increasingly strong linkage of the anthropocentric and technocentric paradigms is investigated, to understand, through the figure of the cyborg, how the current progress of Information and Communication Technologies (ICT) and Artificial Intelligence (AI) insinuate a high level of penetration into the human. The ethical issues raised by hybridization processes today are analyzed. Special interest is also given to the exploration of the polarization between conservatives and progressives, with reference to their respective ways of interpreting the relationship between the subject and technology.

Keywords: transhumanism, anthropocentrism, technocentrism, cyborg and ICT.

* E-mail: luca.benvenga@unisalento.it <https://orcid.org/0000-0001-5163-2129>
Reception: 01/06/22 Acceptation: 19/09/22

1. Ultrahuman, transhuman, transhumanism

The objective of this article is to describe and analyze, through a review of the literature, transhumanism, a complex current of thought whose project contemplates the fusion of the individual and the machine (1, p.57). In a way that the overcoming of the dependence of Homo sapiens on its biological base is configured (2, p.12) and the question of the biotechnological evolution of the species is brought back to the forefront (2, p.14).

After an initial brief analysis of the origins of transhumanism, the increasingly strong intertwining of the anthropocentric and technocentric paradigms will be observed, to understand, through the figure of the cyborg, how the current progress of ICT and AI hints at a high level of penetration of the human. Finally, we will reflect on the ethical issues raised by hybridization processes today. Special interest will be given to deepening the existing polarization between conservatives and progressives, with reference to their respective ways of interpreting the relationship between subject and technology.

Until the second half of the last century, technology was perceived as an instrument through which the morphophysiological deficiencies of our bodies could be supplied (3). Today, technology, especially digital technology, is conceived as a tool that presents the possibility of improving the physical and mental conditions of the human being, through a mutual process that is at the beginning of the evolution towards the biotechnological individual.

This, on the one hand, means that technology plays an important role in fields such as biology. For example, the link between biological cells and chips is investigated (4, p.92). On the other hand, technology goes beyond penetration to create biology, with chips that monitor the growth of proteins or cells (4, p.92).

This combination, which pushes the human being beyond his biological possibilities, is the thinking principle of transhumanism, whose positions were first conceptualized by Pierre Teilhard de

Chardin and the British biologist Julian Huxley between the 1930s and 1950s, and from which all thinking around the integration of the organic body and intelligent systems stems (5).

The former, an Enlightenment-inspired philosopher and paleontologist, in his book (6)¹ devotes a section to *La fine della specie*, in which he considers the evolution of the human being from a temporal perspective. The possibility “conferred on every man to ‘transhumanize himself’ (by removing obstacles and providing adequate means), reaching the end of himself” (6, p.371).

Is given by:

a radical change in the mechanism of evolution [...]. Under the collective effort of science, it feels that it is about to be able to control physiochemically within itself the game [...] of morphogenesis. So that, [...] the terrestrial evolution of life not only completely changes the dimensions of its own constructions, but also enters an ‘explosive’ phase, of a new kind (6, p.304-305).

In the author’s reflection, phylogeny, although it was believed to have already reached maturity “reveals itself [...] still in its embryonic state. Beyond the human we know, a deep, though still obscure, zone of the ultra-human now extends to our scientific knowledge” (6, p.454-455). The “formidable event” takes shape from the twentieth century onwards, the effect of an industrial leap in communications and populations:

This process, given the fundamental relationship between biological compression and the increase of consciousness [invention], results in irresistibly raising the reflex in us and around us. Under the action of the forces that compress it [...], the human substance begins to planetize, that is, to internalize and animate itself globally (6, p.454).

¹ The monograph brings together essays written over a period of twenty years (ed. 1959). However, it was from the thirties when the author began his reflections on the evolution of the human species and the transhumanist thesis.

Teilhard de Chardin's transhumanism is the conquest of a *future*. As a species, the human being is subject to change, to something totally new in front of him (6, p.462).

Justifying faith in scientific knowledge as the engine of evolution, the French paleontologist can be described as the pioneer of transhuman theories, even before transhumanism gained prestige as a philosophical current.

However, the biological father of transhumanism, perhaps nobler than Teilhard de Chardin, is Huxley. If the French Jesuit was the inventor of terms such as *ultrahuman* and *transhuman*, the English biologist is the creator of the concept of transhumanism, from which the whole movement we know today originates (7, p.29).

Huxley, in the introductory chapter of the book *New Bottles for New Wines* (8), continues his philosophical reflection on transhumanism, which he had already begun a few years earlier, launching the idea of the name "such a broad philosophy, perhaps it could be called, not humanism, because that has certain unsatisfactory connotations, but transhumanism. It is the idea of humanity trying to overcome its limitations and reach a fullness" (9, p.139).

Later, in 1957, he writes:

up to now, human life has generally been as Hobbes described it: 'cruel, brutish and short.' The great majority of human beings [...] are unhappy, for one reason or another [...]. They have tried to lighten this burden with ideals and hopes. The problem is that the hopes have generally been unjustified and the ideals have generally proved inadequate to the surrounding reality (9, p.16).

For this reason, as Teilhard de Chardin has already pointed out, he also bases his observations on the power of science as a category of modernity. He states that only a vigorous scientific exploration of the possibilities and of the necessary techniques for its realization will make our hopes are rational and our ideals adapt to the surrounding reality, demonstrating what is feasible (9, p.16).

For the English biologist,

We can already be convinced of the existence of these unexplored lands and that the present limitations and frustrations could be overcome. We are justified in believing that human life, as we know it, is but an unfortunate compromise, based on ignorance, which could be overcome and replaced by a condition based on knowledge and understanding [...] (9, p.16).

This is possible by exploring the following:

The possibilities of creating a more favorable social environment, just as we have done to a large extent with our physical environment. We will have to start from new premises [...], above all, that there are two complementary parts of our cosmic destiny [...] (9, p.16). The first part is represented by our obligations to ourselves and is manifested through the realization and enjoyment of our capacities (9, p.17). The second is represented by our obligations towards others and is carried out in community service in promoting the welfare of future generations, and in the advancement of our species in general (9, p.17).

In preaching the advent of imminent evolution, Theillard de Chardin and Huxley, along with another contemporary biologist, Jean Ronstand, a transhumanist with futurist overtones and advocate of self-replication point out that:

Man [he writes] could by his own means provoke a new organic, physical change in himself, with all the modifications that this would entail in his functions (10, p.127). The three propose a dialogue between what is organic and what is not, through an intervention [...] in which man recreates himself, improving his own evolutionary age and thus subverting the laws that have led him to his current condition. (1, p.62), [...] The characteristics of our species that we all share are inscribed and transmitted in our genetic code independently of our will, the new man produced by science would have no restrictions to automatically replicate his original characteristics (1, p.62).

Transhumanist discourses on the human capacity for self-improvement through technological and scientific discoveries go hand in hand with certain anthropocentric issues. The reevaluation of these issues arises precisely from the comparison with the transhuman paradigm, as we will see below.

2. The human and the technical

Against the theoretical and cultural backdrop of transhumanism, which consists of two main interconnected phenomena —anthropological change and the evolution of technoscience— we intend to promote a confrontation between anthropocentrism and technocentrism.

The basic hypothesis is the following: no paradigm shift is currently taking place, but rather we have entered a new phase by overriding the codes of natural evolution (1, p.61). This new vision, which is no longer human-centered since there is no opposition between the human and the artificial, can help create the conditions for addressing several issues arising in an AI dominated society, in which the idea of an anthropocentric paradigm remains paramount.

Although in their different aspects, transhumanists agree on a project of human enhancement, whose evolutionary scenarios open wide spaces for discussion on the relationship between nature and culture. Indeed, the human species has always sought to improve its living conditions, through the eradication of certain diseases, the extension of life expectancy and nanotechnologies or the use of prostheses (from *pacemakers* to artificial limb extensions), basing the constant challenges of biological nature on the innovations introduced by research, in the awareness of an evolution through science.

For transhumanists, scientific progress thus plays a decisive role in the destiny of humanity. In the desire to cope with organic deficiencies, unexpected pathological outbreaks, exacerbation of diseases or the occurrence of unfortunate events, biomedical research

foresees the possibility of improving the performance of our organism, optimizing the functioning of brain activity and prolonging, even doubling, the average life span, in a closer relationship of interdependence between the natural and the artificial (1, p.123-4).

This could bring with it many expectations and raise some questions, for example, about the possibility that man will be able to intervene artificially on his body and reduce indefinitely the degenerative process (1, p.123-124).

The possibility of a structural connection between the human and the artificial reveals how anthropocentric/technocentric paradigms are not exclusively contradictory. On the contrary, presenting the possibility of a mutual process breaks down the boundaries between what is biological and what is not, problematizing technology no longer as a prosthetic tool or alternative to human evolution, but as its natural foundation.

ICTS have led to a redefinition of the classical meaning of the human. The impact on the structure of society has been profound. It has transformed everyday activities and has increased confidence in science: (a) new models of knowledge production and circulation have found their affirmation in a virtual space; (b) social relations have escaped the morphology of geo-territorial boundaries; (c) the use of tablets and smartphones has registered the transition from a cognitive digitization to a cognitive mobility, where all information, not only media content, but also individual information) is available everywhere (11).

On other fronts such as medicine, pharmacology and biotechnology, the dialogue between the human and the digital has subverted the old controversies within the evolution of the species, with the overcoming of a centuries-old Aristotelian conception of man. In this sense, what has been configured for several years as the digital manipulation of body composition with the precise aim of modifying the perception of the natural datum as something passively experienced, shows instead how the body represents one of the mutant expressions of human culture (1, p.129-130).

Cultural-digital objects operate on the possible evolution of society: progress, resulting from the inventions of science, plays a role in the evolutionary typology of the human. Its emancipatory potential has allowed us to better understand our biological foundations and to improve them. It is the cyborg, in particular, that embodies the mediation between these two types of human evolution, the biological and the cultural, since it is the affirmation of a natural adaptation of the individual to the products of material culture. Individuals are cyborgs in their interaction with technologies: this complex and mutable hybrid calls into question certain assumptions about the oppositions between the organic/inorganic, the natural/artificial and the self/other (12). The cybernetic organism is thus the result of a long technology process, in which different instances underlying human *enhancement* converge (13, p.44).

These requirements, which guarantee new opportunities for the human species, will be analyzed in the following pages.

3. Technology and the cyborg. Creatures of the frontier

Marshall McLuhan, in 1988, wrote that we are approaching a state of “technological simulation of consciousness, when the creative process of knowledge will be extended collectively and corporately to the whole of human society” (14, p.116).

This situation, then new, no longer represents an extraordinary experience. For several decades, ICT and the development of digitally controlled cognitive prostheses have been influencing both social relations, articulated in a virtual system of interdependencies, and intellectual capacities, as if changes were taking place in our genetic heritage (15).

The machination of the biological that finds substance in the cyborg (2, p.129) produces a continuity in the process of artificialization of the human. Unlike traditional machines, which are external to the body and easily identifiable, the integrated vision of today’s technology reveals interesting insights into the relationship between

the human and the artificial (16, p.19-20). It is both diffuse and invasive “on the one hand, it expands around the body, modifying or prolonging it, and on the other it insinuates itself into the body to interact in subtle and unusual ways, to enhance, modify or override faculties, or simply to obtain information through medical eidomatics” (16, p.20).

The new cyborg reality (17) anticipates a form of overcoming that leads to the ideal of human perfection envisioned by transhumanism (18, p.6). The idea is no longer to mimic biological functioning with artificial devices. The applications go beyond the recovery of natural functions to achieve artificial enhancement of the body, an idea typical of the transhumanist current of thought (18, p.15). In addition, this improvement of the human is imminent:

The cyborg is not a product that is thought today and awaits a possible realization in a near future. But is a process that has already begun and that sees its progressive realization, often unconscious through the technologization of society: today we are witnessing a process of cyborgization implemented by the progressive waves of technological innovation that converge towards the realization of the technological improvement of man (13, p.43).

Considering the arguments, a human and social reality is emerging as a product of AI and the science of nature, in which technoscience reflects an impulse towards the domination and transformation of the biological (19, p.20). The cybernetic organism that results from this metamorphosis:

It is a reality that, to be understood and deciphered in its entire valence, it must be understood and decomposed into the different components that shape it. In the first place, it can be understood as the technological epiphenomenon of that posthuman and transhuman anthropological vision that dissolves the characteristics of the human being into unlimited malleability: according to the ideas proposed by the followers of these movements, man is the one whose constitutive characteristic is non-compliance definition, in the sense that their biological identity is presented as a continuous becoming. Based on the

above, technology is considered the instrument to submit this malleability to the will. Secondly, the cyborg has been revealed as a metaphor, an image, which has allowed us to study the history of the human species from the point of view of its relationship with technology. The cybernetic organism reveals man's understanding of the technological phenomenon (13, p.44).

The symbiont, as defined by Giuseppe Longo (16) which is the union between the human being and technology, is the product of the latter, which modifies the way of being, revealing through reflection, the human capacity to govern intelligent systems. It follows that digital technology does not contribute exclusively to create the essence of contemporary man (16, p.44), but is regulated by the individual and is functional to his ends.

Allucquère Rosanne Stone (20) conceives the cyborg as a border creature between man and machine, but also as a cultural interstice, inhabiting the boundaries between death and life, temporality and eternity (20, p.178). For these reasons, the cyborg body is a bridge between the human and the transhuman.

Enriched instrumentally by technology, but whose presence in the organic body is nevertheless prevalent, the symbiont gives rise to indifferenciation: the human and ICT evolve by exchanging mutual influences: this leads to their symbiosis and then to singularity (4, p.100). We are witnessing a convergence of two different entities, which can be read as a "humanization" of the machine and a "machinization" of man (21). However, the cyber-organic evolution of the human being opens up complex ethical itineraries. In this paper, we will focus on two main orientations, which we will observe in clear contrast to each other.

4. Some ethical issues

To offer an ethical reading of the interaction between the human and the artificial, we observe, on the one hand, the bioconservatives

who conceive technology as something dehumanized; on the other hand, there are the transhumanists, who exalt technology as a possibility of improvement (4, p.94).

Expressed in this way, the ethical dimension is related to two questions, both of an ontological nature: What does it mean to be man? What is nature? What is the future of man and his body? What is the posthuman? (4, p.94).

For bioconservatives, the main concern is the enhancement practices achieved with the use of biotechnology. *L'enhancement* is perceived as a dehumanization and a threat to the morality of human action, with dangerous and irremediable implications (22).

Bioconservatives believe that the human condition should not be altered because genetic alteration poses a threat to the future of societies. A possible alternative to engineering the human species may be the strict control biotechnology by limiting its use (25).

Proponents of the Aristotelian approach to the species are accustomed distinguishing, in heuristic terms, between “human enhancement” and “bio-enhancement”. According to this distinction, within the first label are:

All the methods that man has used throughout history to improve. On the other hand, the field of bio-enhancement is restricted to the innovations that human beings have produced in recent years thanks to advances in the biomedical and biotechnological field and that, in most cases, have the characteristic before illustrated to act within organisms (22, p.29).

Let us now turn our attention to bio-improvement (23), which consists of improving the human being in different ways. By making him smarter, longer-lived, and immune to disease, genetically superior (or programmable) and by different means (technological prostheses, drugs, brain stimulation, genetic manipulation, etc.). Make it permanently and potentially inheritable (23).

The modern humanist perspective of bioconservatives evokes a synergy between the sacralization of life and the valorization of a traditionalist morality (24, p.54). In fact, the most debated question:

It refers to the impact that enhancement technologies could have on human authenticity, understood as the identification of the individual with his or her own fundamental capacities and characteristics that would be altered by interventions that do not meet medical needs (26, p.217).

According to the fundamentals of bioconservative logic, human enhancement technologies should only be used for therapeutic purposes, for purposes that do not go beyond the concept of healing, rather than being employed to perfect the functioning of human capacities already considered “in the range of normality” (26, p.216-17), to the point of bringing the human species to immortality. Despite this clarification, the boundary between what can be therapeutic and what can only be potentiating is porous: there is no condition of “standard normality” (22,23), from which to establish when an intervention is therapeutic, or when it can be assimilated to the potentiation of human capacities (28, p.120).

Furthermore, Ricci *et al.* (26), who share a progressive point of view, affirm that it is necessary to:

however [,] to consider updating as an inevitable phenomenon since change is inherent to nature and is the main reason for our evolution. In fact, these technologies could bring at the same time real improvements for the individual and, more generally, could contribute to the realization of a better world (28, p.217).

Therefore, the authors continue, from a bio legal perspective it is plausible to evaluate “the pros and cons [of enhancement technologies] through a case-by-case analysis, on the basis of a risk-benefit assessment, thus making a balance of interests” (28, p.217). For their part, the considerations of transhumanists, like those of the entire bio progressive current, refer to the reontologizing power of digital technology (27, p.176), which “operates a transformation [...] of who we are: man is a continuous becoming, especially in his interaction with technology” (4, p.94).

For transhumanists, therefore, the distinction between therapy and empowerment has no practical or normative significance (28, p.121). The two authors, in this sense, write that:

Transhumanists argue that we should seek to develop and make available human enhancement options in the same way and for the same reasons that we seek to develop and make available therapeutic medical treatment options: to protect and extend life, health, cognition, emotional well-being, and other states or attributes that individuals may desire to enhance their lives (28, p.121).

The transhuman project is based on the idea of *enhancement* of the contemporary individual, to the point of transcending its limits. Thus, in practice, it is a matter of “repairing” the organism when it malfunctions and, on the other hand, of “processing” it in such a way as to increase its performance capacity. In this context, both the victory over illness and death and the practices of empowerment express different modulations of the same mechanistic approach (29).

Transhumanist thinking is based on two conceptual dimensions that are antithetical to the positions of bioconservatives, who make transhumanism an anthropological/technological paradigm. In the theses of bio progressives, which include transhumanists, the following can be observed:

1. Human enhancement [...] could turn us into beings who may have a life expectancy with indefinite health, intellectual faculties far greater than those of any current human being, and perhaps entirely new sensibilities or modalities, as well as the ability to control their emotions (30, p.101).
2. The possibility of approaching a condition of life (the post-human condition) that goes far beyond the present human condition, making it almost inconceivable to our intelligence. “It is a matter, then, of developing [...] “a general central capacity that far exceeds the maximum attainable by any present

human being without recourse to new technological means” (30, p.219).

As for the question of life prolongation, which raises ethical questions concerning the loss of existential uniqueness or the meaninglessness of life itself because it lacks a prospect of death (30, pp.4-5), the debate in the literature is very broad. It involves a series of problems revolving around a progression of objections, such as overpopulation and the disproportionate growth of an increasingly aging population; the obligation to reorient social and health policies; generational asymmetry, caused by the increase in financial burdens to be borne by the productive population, among others (8,28,31,32).

Basically, as the conservatives put it, the opposition to a condition of perpetual longevity is based, among other things, also on the idea of the dignity surrounding life, which is endangered by the new posthuman projects. Let us now read together the quotation from Bostrom and Roache (28) which, although long, conveys attention to the transhumanists’ reflections on what we can consider as dignified in relation to human life, thus showing us how the concept of dignity is susceptible to a wide argumentative use:

Transhumanists can respond to these considerations in at least two ways. First, those who oppose radical life extension on the grounds that immortal or very long-lived life is not worthwhile may advocate abandoning research into life-extending technology and may even advocate preventing people from using it once it becomes available (28, p.124). The point of whether an extremely long life would be worth living, is obviously not relevant to the question of whether a life is worth saving, and the fact that there may be reasons to believe that a certain kind of life is not worth living does not in itself justify preventing those who wish to live such a life from doing so (28, p.124). So that there may be reasons to believe that an extremely long life would not be worth living, then, does not in itself justify preventing those who wish to radically prolong their lives from doing so, if the means of doing so and the resulting prolonged life do not significantly harm others (28, p.124).

5. Concluding remarks

What has emerged gives us a changing scenario. In reviewing the issues discussed so far, we would like to highlight some aspects that we consider central to understanding what has been said.

The theoretical and ethical core of transhumanism, the subject of the first part of the work, is embodied in the recognition of an alliance between human intelligence and artificial intelligence. The transhuman paradigm must be combined with the contamination of the human species with the otherness of machines. The idea of conscious evolution is at the heart of the transhumanist project. For the advocates of human self-directed evolution, the meaning and direction of the development process lie in the harmonization of nature and culture. Technoscience questions the traditional concept of the human, with the possibility of refined bio anthropological changes that in part are already taking place, and in part may take place in a near future.

In the second part of the paper, an attempt was made to describe and explain the process of acceptance and rejection of human progress, as posed in the terms of the current of transhumanism.

The alteration of bodily structures made possible by digital technologies has led to polarization. The openness to artificial otherness postulated by bioprogressive clashes with certain risks identified by bioconservatives. For the latter, the basic assumption is that the desire for enhancement goes against nature, and even poses an ontological contradiction of the human, with negative repercussions, among other things, on the stability of our societies.

References

1. Marazzi A. Uomini, cyborg e robot umanoidi. Roma: Carocci; 2012.
2. Caronia A. Il Cyborg. Saggio sull'uomo artificiale. Milano: ShaKe; 2008.
3. Gehlen A. Die Seele im technischen Zeitalter. Hamburg: Rowohlt's Taschenbuch Verlag; 1984.

4. De Toni A, Battistella C. Dall'Homo sapiens sapiens all'Homo technologicus: bio-conservatori versus transumanisti. *Teoria*. 2007; 27(2):91-101.
5. Vint S. *Bodies of tomorrow*. Toronto: University of Toronto Press; 2007.
6. Teilhard de Chardin P. *L'avvenire dell'uomo*. Milano: il Saggiatore; 1972.
7. Campa R. Una spirale ascendente. Origine e sviluppo del transumanesimo. *Pedagogia e Vita*. 2017; 75(2):27-40.
8. Huxley J. *New bottles for new wine*. London: Chatto & Windus; 1957.
9. Huxley J. Knowledge, morality, and destiny. The William Alanson White Memorial Lectures. *Psychiatry*. 1951; 14(2):127-151.
10. Ronstand J. *L'uomo artificiale*. Torino: Einaudi; 1959.
11. De Kerchove D. Tecnologia. Nativi digitali, veloci non stupidi [Internet]. [Accessed on 2022 Jan 11]. Available at: <https://www.avvenire.it/mondo/pagine/nativi-digitali>.
12. Lupton D. M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society. *Soc Theory Health*. 2012; 10(3):229-244.
13. Benanti P. Technologie dell'enhancement e il cyborg. *Studia Bioethica*. 2013; 6(1):42-47.
14. McLuhan M, McLuhan E. *Laws of Media: The New Science*. Toronto: University of Toronto; 1988.
15. Kang E. Cyborg Communication [internet]. 2009 [Accessed on 2022 Jan 10]; Available at: <http://www.kangeunsu.com/2009/01/01/cyborg-communication/>
16. Longo G. *Homo technologicus*. Roma: Meltemi; 2005.
17. Haraway D. *Manifesto cyborg*. Milano: Feltrinelli; 1991.
18. Parra J. Superación personal y tecnología cyborg: ¿terapia o mejoramiento? *CEIC*. 2020; 2(238):1-17.
19. Zuna, K. *et al.* Formas y tensiones que se presentan en la nueva antropotécnica llamada cyborg. Reflexiones éticas y teológicas para nuestros tiempos. *Abya-Ayala: Universidad Politécnica Salesiana*; 2019; 9-39.
20. Stone A. *The War of Desire and Technology at the Close of the Mechanical Age*. Cambridge: MIT; 1995.
21. Longo G. L'automa specchio dell'uomo [internet]. 2007 [Accessed on 2022 Jan 20]. Available at: <http://www.aetninet.org/modules.php?name=News&file=print&sid=8649>
22. Luverà C. Potenziamento e terapia: riflessioni etiche sullo human enhancement. *Natura Umana 2.0*. 2016; 27-37.
23. Savulescu J., Bostrom N. *Human enhancement*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
24. Le Dévédec, N. Entre la sacralisation de la vie et l'essentialisation de la nature humaine: un examen critique du bioconservatisme. *Politique et Sociétés*. 2017; 36(1):47-63.
25. Fukuyama F. *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. New York: Picador Books; 2002.
26. Ricci L, Cersosimo M, Ricci P. Human enhancement: questioni biogiuridiche. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2019; 4(1):215-224.

27. Floridi L, Cabitza F. *Intelligenza artificiale: L'uso delle nuove macchine*. Milano: Bompiani; 2021.
28. Bostrom N, Roache R. *Ethical issues in human enhancement. New waves in applied ethics*. London: Palgrave Macmillan; 2008.
29. Grion L. *Guerra ai limiti. Sulle filosofie dell'immortalità terrena*. *Acta Philosophica*. 2017; 26(2):285-306.
30. Bertolaso M, Valera L. *Verità e fiducia nell'era del transumanesimo*. *Scio*. 2018; (15):97-122.
31. Kaplan H. *et al*. *A Theory of Human Life History Evolution: Diet, Intelligence, and Longevity*. *Evol. Anthropol*. 2000; 9(4):156-185.
32. Habermas J. *The Future of Human Nature*. Cambridge: Polity; 2003.

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



¿Cómo afrontar la infertilidad de modo médico, respetando a las personas y el amor conyugal? La ayuda de la naprotecnología en estos procesos

How to face infertility from a medical perspective, respecting the human person and married love? NaProTechnology's help in these processes

José Francisco Vaquero*

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Helena Marcos**

FertilityCare, España

María Victoria Mena***

Naprotec, Barcelona, España

Venancio Carrión****

Naprotec, Barcelona, España

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.05>

* Máster en Bioética por la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Correo electrónico: jose.fco.vaquero@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3611-7070>

** Médico general. Especialista en métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad. Correo electrónico: hmarcosfertilitycare@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-6709-9015>

*** Ginecólogo. Especialista en métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad. Correo electrónico: oroel7@yahoo.es <https://orcid.org/0000-0001-7765-3550>

**** Presidente de Naprotec. Correo electrónico: vcarrion@naprotec.es <https://orcid.org/0000-0002-1216-6636>

Recepción: 26/02/22 Aceptación: 10/10/22

Resumen

¿Qué hacer cuando el matrimonio quiere tener un hijo y éste tarda en venir, o simplemente no viene? La naprotecnología, como estudio médico de la fertilidad masculina y femenina, ofrece una respuesta válida para afrontar esta situación de infertilidad/esterilidad.

Seguimos como camino el método triangular propuesto por Elio Sgrecia: ver los datos científicos para realizar un análisis antropológico y una valoración ética que oriente el actuar concreto.

La naprotecnología, como ciencia médica, constituye un abordaje médico y científico que busca resolver los trastornos reproductivos y ginecológicos del varón y de la mujer, identificando las principales causas que afectan a la verdadera salud reproductiva. A partir de este diagnóstico, busca corregir las posibles alteraciones y restaurar la salud y fertilidad. Este modo de afrontar la infertilidad/esterilidad se ilustra con varios casos clínicos y los resultados obtenidos en España durante los años 2015 a 2021.

A continuación, realizamos un análisis antropológico del modo de afrontar la infertilidad, analizando el sujeto que la padece: ¿Quién es el ser humano? ¿Cómo es su sexualidad? ¿En qué entorno se realiza primordialmente la procreación? Con esta base esbozamos un juicio ético ante este modo de afrontar los problemas de infertilidad/esterilidad.

Palabras clave: naprotecnología, infertilidad, esterilidad, procreación.

1. Introducción

En muchos países de Europa y Norteamérica estamos inmersos en un invierno demográfico. En el continente europeo el índice de fertilidad en 2020 ha sido de 1.53 hijos por mujer, lejos del 2.1 que garantiza el relevo generacional. Únicamente Georgia se aproxima a esa cifra con 1.98. Le siguen Francia y Rumanía, con 1.8. En el lado opuesto, cierran la tabla Malta 1.13, España 1.19 e Italia 1.24 (1).

No sólo desciende la natalidad, también aumenta la infertilidad, definida como la incapacidad de concebir tras un año o más de relaciones sexuales regulares sin protección. Los datos disponibles indican

que entre 48 millones de parejas y 186 millones de personas tienen infertilidad en todo el mundo (2). Esto supone que aproximadamente una de cada siete parejas en edad reproductiva presentara problemas para tener descendencia (3). Se estima, además, que en más del 90% de los casos se podría superar esta situación si se hiciera un diagnóstico adecuado (4). En España alrededor del 15% de las parejas en edad fértil tienen problemas para concebir (5).

Constatamos, sin embargo, que el deseo de los matrimonios de tener uno o más hijos sigue siendo actual. Quieren, pero no pueden. Subyace, entre otros, un problema de lenguaje: los médicos creen que tienen la obligación de “dar” un hijo para cumplir con un “derecho” de los padres, derecho exigido y cimentado sobre el deseo. Con este planteamiento, y movidos por el cortoplacismo, se corre el peligro de no hacer medicina, pasando demasiado rápido por el análisis y diagnóstico del paciente. El hijo se convierte en un objeto de deseo y deja de recibirse como un don.

2. Planteamiento del problema. Metodología

¿Qué hacer cuando el matrimonio quiere tener un hijo y éste tarda en venir, o simplemente no viene? ¿La única salida, no exenta de problemas, es recurrir a una técnica de reproducción asistida? La naprotecnología¹ y, en sentido más amplio, la medicina restauradora de la fertilidad, como estudio médico de la fertilidad masculina y femenina ofrece una respuesta válida ante una situación de infertilidad; más aún, abre un camino de mejora de la salud sexual, contribuyendo también a la salud integral de la persona.

Como método para analizar este problema se ha optado por el camino propuesto por Elio Sgreccia en su contribución a la bioética y bautizado como método triangular (6). En el desarrollo de este método recorreremos tres momentos sucesivos:

¹ En este artículo utilizamos la palabra “naprotecnología” para facilitar la lectura, si bien el término preciso y correcto es “NaproTechnology” tal y como viene citado por su iniciador, el Dr. Thomas Hilgers y su equipo.

1. Los datos. El momento del análisis científico que nos proporciona los datos objetivos, ya sean numéricos o descriptivos. En el presente artículo nos limitamos a un lugar y espacio concreto: España, años 2015 a 2021.
2. Implicaciones antropológicas. El momento de profundizar en las implicaciones antropológicas de la acción propuesta.
3. Análisis e implicaciones éticas. El momento práctico, en que se aplicarán las reflexiones realizadas al problema concreto y se postula una respuesta.

3. Los datos

Antes de estudiar los datos o resultados que nos ofrece la naprotecnología en España durante el periodo 2015 a 2021, analizamos brevemente los datos descriptivos que nos muestran qué es y cuáles son sus principios.

3.1. Datos descriptivos

La naprotecnología y en general la medicina restauradora de la fertilidad, como ciencia médica, se puede definir como medicina procreativa basada en el reconocimiento del ciclo menstrual de la mujer. Esta subespecialidad médica constituye un abordaje médico y científico que busca resolver los trastornos reproductivos y ginecológicos, tanto de la mujer como del varón, identificando las principales causas que afectan a la verdadera salud reproductiva (7). A partir de aquí se busca corregir las posibles alteraciones y restaurar la salud y fertilidad (8,9).

La infertilidad no es una enfermedad, es un síntoma de una o varias posibles enfermedades orgánicas u hormonales. La acción del médico se debería centrar en diagnosticar las causas masculinas y/o femeninas que provocan la situación, posiblemente temporal, de infertilidad o esterilidad (10).

La mujer realiza un registro gráfico de su ciclo mediante un método estandarizado de observación, reconocimiento y registro del

flujo (en especial el moco cervical y el sangrado vaginal) (8). La gráfica que recoge sus anotaciones se utiliza como herramienta para plantear los estudios médicos necesarios, dirigiéndolos al momento concreto del ciclo que deseamos estudiar. De este modo, la mujer es parte activa en el control y seguimiento de su salud ginecológica y reproductiva. Este seguimiento del moco cervical puede reflejar, además, niveles hormonales subóptimos y fases lúteas cortas o variables (11).

No se trata simplemente de un método natural que ayuda al reconocimiento natural del ciclo, identificando la ventana de fertilidad para buscar o espaciar el embarazo; estamos más bien ante un abordaje médico que utiliza, como una de sus herramientas, un método natural de reconocimiento de la fertilidad. Gracias a esta información se pueden identificar problemas y realizar tratamientos en momentos específicos del ciclo menstrual. El objetivo es, por tanto, mejorar las condiciones fisiológicas de cada ciclo menstrual para así facilitar la concepción natural (12).

Los especialistas en esta ciencia recomiendan la utilización del Modelo Creighton (*Creighton Model FertilityCare System*) sistematización del método de ovulación Billings, si bien es una preferencia no exclusiva ni excluyente con respecto a otros métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad. Formalmente, suele hablarse de naprotecnología cuando se utiliza el Modelo Creighton, y de medicina restauradora de la fertilidad cuando se utiliza cualquier otro método natural de reconocimiento de la fertilidad. Además de esta herramienta, la naprotecnología utiliza también análisis hormonales, ecografías u otros procedimientos médicos que pueden ayudar y completar el diagnóstico.

La naprotecnología identifica los posibles problemas, coopera con los ciclos menstruales, corrige hasta donde es posible las deficiencias detectadas, todo ello respetando la ecología humana, y su naturaleza. Ante el problema inicial planteado, busca la solución desde la salud íntegra de la mujer y del varón, promoviendo la verdadera salud sexual del matrimonio: la salud de la mujer, la salud del varón y la salud de la unión varón-mujer que llamamos matrimonio. La

perspectiva de los estudios realizados por la nanprotecnología no se centra exclusivamente en la mujer, si bien su ciclo sexual tiene mayor complejidad que la fertilidad masculina, que es más lineal. Ambos modos de fertilidad confluyen en la fertilidad del matrimonio.

No está de más recordar la definición que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) de salud sexual: “Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (13). Destacamos únicamente dos detalles:

- El bienestar integral: físico, mental (trascendente o espiritual) y social.
- Un enfoque positivo de la sexualidad, con esa misma característica de integridad: dimensión física, dimensión mental o trascendental, y dimensión social o encaminada a la procreación humana.

La nanprotecnología, sintetiza María Isabel Valdés en su tesis doctoral, se dirige al estudio de las disfunciones reproductivas asociadas con la infertilidad, siendo las más frecuentes, la disminución en la producción de la secreción cervical, el sangrado o manchado intermenstrual, la fase lútea corta o variable, así como la alteración de los niveles de hormonas ováricas estrógeno y progesterona (14).

En la actualidad, el estudio de la infertilidad masculina no está demasiado presente en la práctica médica. A los varones con problemas de subfertilidad e infertilidad se les deriva con demasiada frecuencia a unidades de reproducción artificial, donde se les ofrece como opciones la inseminación artificial, la fecundación in vitro o el recurso de una donación de gametos. Agarwal afirma que alrededor del 30% de los hombres que buscan ayuda en este tema poseen una alteración seminal de etiología desconocida. Por lo tanto, existe una creciente necesidad de encontrar las causas que conllevan a la infertilidad (15).

Pocas veces se les ofrece como primera opción la oportunidad de investigar en profundidad las causas de su problema, y de darles un tratamiento específico. Este procedimiento evade la correcta perspectiva médica: buscar la causa del problema de la infertilidad o subfertilidad y emplear los medios necesarios para su curación. Las técnicas de reproducción asistida, constata Boyle, se centran en la consecución del embarazo, independientemente de la patología subyacente (12).

La naprotecnología parte de que la infertilidad no es una enfermedad, sino uno de los síntomas de una o varias posibles enfermedades subyacentes, orgánicas u hormonales (12). Los expertos constatan que pocas veces tiene una única causa; y por ello hay que analizarla y diagnosticar desde una perspectiva multifactorial. La causa idiopática (o causa desconocida) de por sí es insuficiente para el rigor científico de una disciplina como la Medicina. Ya Aristóteles hablaba de ciencia como *cognitio certa per causas* (conocimiento cierto por sus causas), y ese ideal científico nunca debe perderse de vista en el trabajo diario.

La naprotecnología se desarrolló a partir de 1976, gracias a los estudios de Thomas W. Hilgers, tocoginecólogo y especialista en medicina reproductiva (16). En 1985 inauguró en Omaha, Nebraska el Instituto San Pablo VI para el estudio de la reproducción humana. En el 2004 publicó el libro *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology* (17).

Phil Boyle, médico de familia que trajo la naprotecnología a Europa, sintetiza este trabajo médico en tres fases sucesivas (12,18):

1. Fase de investigación: las pacientes aprenden a realizar un seguimiento especializado de su ciclo menstrual utilizando el sistema de gráficas del Modelo Creighton u otro apropiado. Estas gráficas se complementan con un estudio hormonal, principalmente del estradiol y la progesterona, a lo largo del ciclo menstrual, realizando un paralelismo entre fase del ciclo y nivel hormonal.

2. Fase de corrección, se tratará de corregir la patología que afecta a la fertilidad, a través de la administración de diferentes medicamentos que, personalizados adecuadamente, pueden mejorar la fertilidad o el moco cervical: vitamina B6, acetilcisteína, guaifenesina, plantago, hiedra o ampicilina. También puede ser conveniente administrar algún inhibidor de la prolactina o ciertas dosis de progesterona lútea (19). En algunas ocasiones esta fase de corrección puede requerir diversas intervenciones quirúrgicas, normalmente mediante laparoscopia.
3. Fase de concepción, fase que se extiende entre 1 y 12 ciclos menstruales en los que la pareja intentará la concepción mediante relaciones sexuales. Estos ciclos se caracterizan por mostrar un patrón normal en las gráficas del Modelo Creighton, tener unos niveles correctos de progesterona y estradiol, y en los que incluso se puede comprobar la rotura folicular mediante una ecografía. En caso de no conseguir embarazo, el tratamiento suele interrumpirse para buscar nuevas alternativas a la situación actual.

El estudio de la naprotecnología llega a España en el año 2014, gracias a María Victoria Mena, especialista en ginecología, monitora del Modelo Creighton y consultora médica en el tema. Al año siguiente Helena Marcos, monitora del Modelo Creighton y de otros métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad, y también consultora médica en naprotecnología, abre la segunda consulta de esta especialidad en España.

A los pocos meses se une el esfuerzo de algunos matrimonios que empiezan a colaborar en su difusión. La iniciativa se concreta en el portal www.naprotec.es que ofrece información y asesoría desde el año 2016. En el año 2017 se constituye la Asociación Española de Naprotecnología, Naprotec, para continuar este trabajo de asesoría, acompañamiento y diagnóstico.

Esta asociación busca coordinar el trabajo de asesoría y acompañamiento a los matrimonios interesados en esta ciencia. Dicho fin se concreta en tres notas importantes:

- Acompañar y asesorar a las personas y matrimonios que acuden a ella, movidos por algún tema relacionado con la infertilidad/esterilidad, o buscando conocer su propio cuerpo y sus periodos de fertilidad/infertilidad por medio del Modelo Creighton.
- Que los usuarios aprendan, principalmente la mujer, a reconocer su ciclo a partir de la observación de diversos biomarcadores.
- Actuar médicamente y diagnosticar, con base en las observaciones realizadas, y dentro de una vivencia integral de la sexualidad.

3.2. Datos numéricos: resultados de la naprotecnología en España (años 2015-2021)

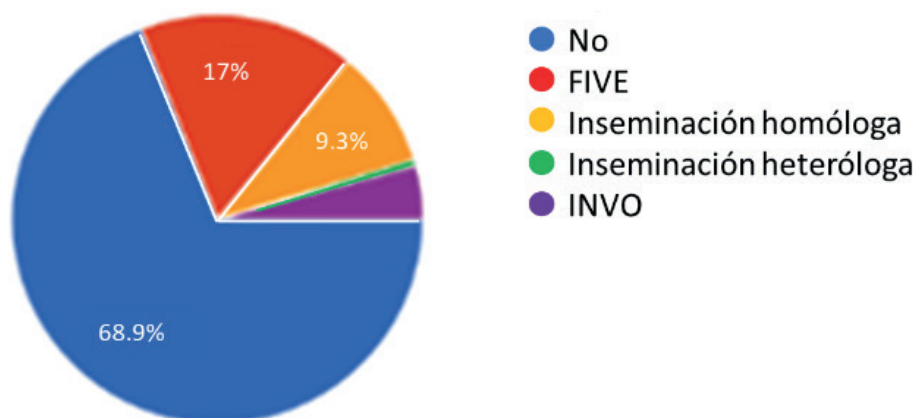
La naprotecnología tiene un recorrido histórico de más de cuatro décadas, si bien no hay demasiados datos publicados. Stanford *et al.* informaron del resultado de uno de los primeros estudios sistemáticos sobre el tema. Se estudió a 1,072 parejas con una edad media de 35.8 años realizado entre 1998 y 2002. Aproximadamente el 40% de las parejas llegaron a concebir un hijo, con una tasa de aborto espontáneo del 1.4% (20).

Exponemos a continuación los datos, limitándonos a un espacio geográfico y un tiempo concreto: España, entre los años 2015 y 2021.

En estos siete años, la asesoría ofrecida por Naprotec (www.naprotec.es) y la Asociación Española de Naprotecnología, ha atendido a 5,100 matrimonios. Actualmente la edad media de las personas que se informan es de 33.8 años para la mujer y 35.8 para el varón. En estos dos últimos años ha descendido la edad media, por lo que se constata que la naprotecnología está llegando a un público más joven. Naprotec tiene activado un programa para jóvenes universitarias y otro para adolescentes. Las doctoras Mena y Marcos han tratado en su consulta de naprotecnología a 1.560 matrimonios (21).

Sobre la población que pide información antes de acudir a los especialistas en naprotecnología y como se muestra en la Gráfica 1, el 75% sufre esterilidad o infertilidad primaria, no tienen hijos vivos, el 25% ya tienen algún hijo. El 33% vienen de alguna técnica de reproducción antes de informarse sobre naprotecnología, ya sea fecundación in vitro o inseminación artificial o fecundación in vivo.

Gráfica 1. Asistencia previa a técnicas de reproducción artificial



Fuente: Naprotec; 2019.

Centrándonos en la población que está en consulta médica con las especialistas de naprotecnología, entre 2015 y 2021 se han contabilizado 300 embarazos, de los cuales ya han nacido 201 niños vivos. En el momento actual hay 99 gestaciones en curso (21). El fin principal de la naprotecnología no es únicamente conseguir un embarazo, si

bien se busca facilitar su consecución, sino sobre todo mejorar la salud global para facilitar la fertilidad.

Es de gran interés el estudio realizado por Venancio Carrión en el capítulo 8 de su libro *La naprotecnología y más allá*, que recoge datos e información de 55 matrimonios tratados por Mena y Marcos. Estos pacientes fueron atendidos en España entre los años 2015-2019 (22).

En el estudio se analizan distintos temas, de los que resaltamos los siguientes:

- a) Relación de cantidad de mujeres por franja de edad.

La edad de la mujer es una de las variables que más se considera ante situaciones de infertilidad o esterilidad. Sabemos que la fertilidad en la mujer se ve condicionada por la edad, especialmente a partir de los 35 años. En la Tabla 1 se muestra la cantidad de mujeres por franja de edad.

Tabla 1. Cantidad de mujeres por franja de edad

Franja de edad (años)	Cantidad de mujeres
23 a 27	4
28 a 32	18
33 a 37	20
38 a 42	13

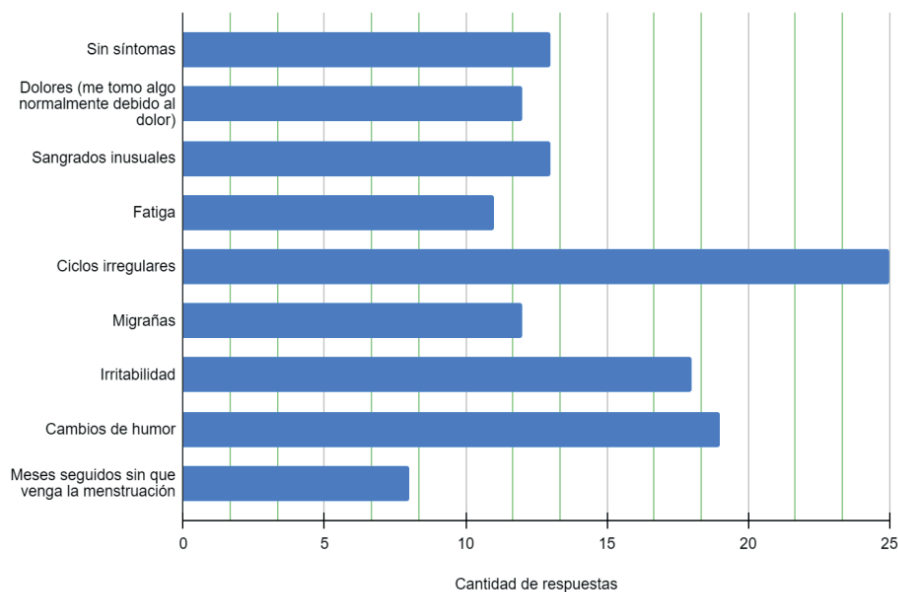
Fuente: elaboración propia.

- b) Síntomas que detectan las pacientes antes de acudir a la naprotecnología.

En la Gráfica 2 se puede ver qué síntomas identifica la mujer que se encuentra con un problema de esterilidad o infertilidad. Muchas de

las frases nos presentan situaciones que las mujeres han asumido como normales; la regla duele, algún día debo tomar un analgésico para paliar o aliviar el dolor, etcétera. Prácticamente la mitad de las mujeres encuestadas identifica que su ciclo es irregular y reconoce irritabilidad o cambios de humor días antes de la menstruación.

Gráfica 2. Síntomas que identifica la mujer que se encuentra con un problema de esterilidad o infertilidad

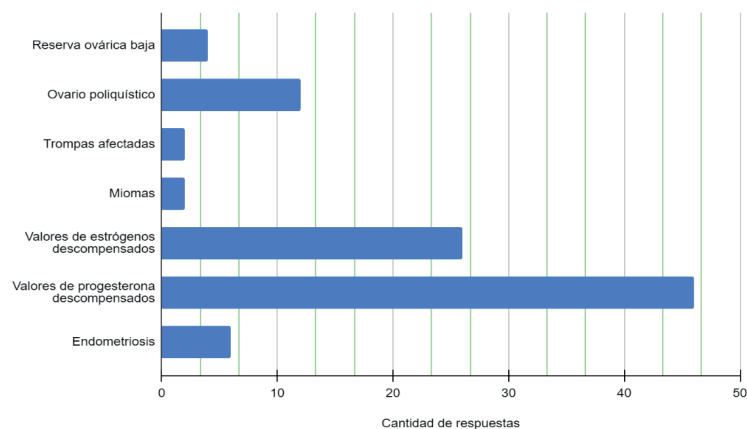


Fuente: elaboración propia.

c) Diagnóstico de la mujer y del varón.

En la siguiente Gráfica 3, podemos ver que la causa hormonal es la más relevante. Se trata sobre todo de estrógenos y progesterona descompensados.

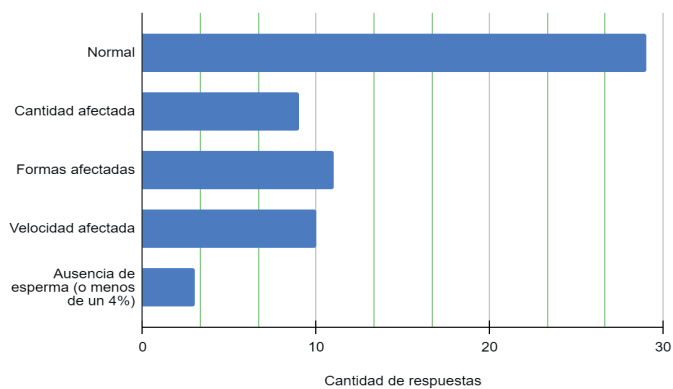
Gráfica 3. Diagnóstico de la mujer



Fuente: elaboración propia.

Todo estudio de esterilidad o infertilidad debe considerar también la situación del varón. En esta línea, uno de los estudios básicos es el seminograma. En la mayoría de los casos se constata un seminograma normal, aunque en algunos pacientes también aparecen indicadores de subfertilidad como se muestra en la Gráfica 4.

Gráfica 4. Seminograma del varón



Fuente: elaboración propia.

Sobre la base de este estudio podemos formular las siguientes conclusiones (22).

- Podemos ver cómo la nanotecnología y/o la Medicina Restauradora de la Fertilidad son una verdadera respuesta ante los diagnósticos de esterilidad/infertilidad. Si el matrimonio se mantiene el tiempo necesario y realiza todos los estudios que se piden, se puede llegar a un buen diagnóstico.
- La edad no es una limitación, ya que el estudio se centra en la salud de la mujer. Cualquier mujer con menstruación puede ser estudiada.
- Hemos visto que las personas de mayor edad no son las que más tiempo han necesitado para lograr un embarazo, incluso si han acudido a técnicas de reproducción. Se abre pues una esperanza a dedicar los esfuerzos a un buen estudio que llegue a las causas, sin sentirse presionadas por la edad.
- El desarreglo hormonal es la causa más presente en las diferentes mujeres de la muestra. Mucho se puede hacer regulando los niveles de estrógenos y progesterona.
- La nanotecnología puede estudiar casos de esterilidad o infertilidad, ya sean situaciones primarias o secundarias; un ejemplo de esta infertilidad secundaria son los abortos de repetición.

Después de estos datos globales, citamos cuatro casos clínicos de pacientes tratados por estas especialistas en España, como ejemplo de cómo se realizan los diagnósticos y los tratamientos en esta especialidad.

Caso clínico 1

Mujer de 34 años, cuatro meses intentando el embarazo. Ciclos cortos de 22 a 29 días. Discreta elevación de la prolactina, que responde pronto al tratamiento. En sus gráficas de temperatura se aprecia una

fase postovulatoria extremadamente acortada, que se asocia a un 100% de abortos, según datos del Dr. Hilgers (17), por lo que es necesario tratamiento. También presenta valores elevados de células *Natural Killer*, que se asocian con abortos del primer trimestre, y elevado estrés, que le ocasionó abandonar la búsqueda de embarazo por un tiempo.

Espermiograma de su esposo muy cercano a la oligospermia; el resto de los marcadores son normales. El primer embarazo se produjo en diciembre de 2016, tras cuatro ciclos de supervisión y control de la prolactina. El seguimiento hormonal del embarazo evidencia descenso de sus niveles de progesterona a partir de la semana 16. Se empieza a suplementar con progesterona exógena, hasta conseguir niveles estables y se le mantiene con tratamiento hasta la semana 37. Se aconsejan controles frecuentes a causa del elevado riesgo de sufrimiento fetal al suspender el tratamiento hormonal. Diagnosticada de una reducción severa del líquido amniótico en la semana 37+5, por lo que se practicó cesárea.

Acude de nuevo en julio de 2018 para intentar un segundo embarazo. Presenta los mismos problemas que antes del primer embarazo, aunque la hormona antimülleriana estaba severamente reducida, y el espermiograma de su esposo había empeorado considerablemente. El ginecólogo que le había atendido en el parto, a la vista de las pruebas, le recomendó que acudiesen a fecundación *in vitro* con ovocitos de donante, porque era “imposible que quedara embarazada” con esos valores de hormona antimülleriana, y “estaban perdiendo el tiempo”.

Embarazo a los ocho meses de tratamiento con suplemento vitamínico y progesterona. Actualmente se encuentra en su primer trimestre de embarazo con suplementos de progesterona y seguimiento hormonal. El embarazo no presenta especial complicación.

Caso clínico 2

Mujer de 27 años y varón de 29. Esterilidad primaria, después de 18 meses casados con relaciones sexuales sin impedimento externo para

la gestación. El varón presenta oligoastenoteratozoospermia. Se aconsejó iniciar el Método Creighton para proceder al estudio de la esposa, que no tiene antecedentes de interés. Ciclos discretamente irregulares, oscilando entre los 28 y 36 días. A la mujer se le realiza estudio de fertilidad mediante histerosalpingografía, con resultado normal, si bien se aprecia una cervicitis, estrés con descompensación incipiente de hormonas adrenales y una severa alteración de los valores de estradiol y progesterona a lo largo de todo el ciclo. Se le prescribe tratamiento hormonal para normalizar dichos valores.

El varón presenta hipercolesterolemia, hiperinsulinismo, intolerancias alimentarias, que fueron tratadas con dieta y medicación adecuada y aumento de FSH, así como dos infecciones consecutivas y diferentes del semen que requirieron tratamientos antibióticos. El espermiograma mejoró, aunque no se podía considerar normal.

El embarazo ocurrió a los cuatro meses de iniciar el estudio, tras el segundo tratamiento antibiótico del esposo. Se hizo seguimiento hormonal del mismo desde el inicio, encontrando valores reducidos de estradiol, progesterona y DHEA. Se mantuvo a la paciente con tratamiento hasta la semana 38. Parto espontáneo y sin complicaciones en la semana 39.

Caso clínico 3

Mujer de 29 años y varón de 30; llevan 7 años casados sin poner medios para impedir gestación. Ninguno de los dos tiene patologías previas. Al ser jóvenes no les han hecho ningún estudio básico de fertilidad, recomendándoles que “se relajasen” y esperasen. En las primeras gráficas del Modelo Creighton que realizan se constata una fase lútea corta y un sangrado anormal premenstrual. En las analíticas se confirma una fase lútea de duración menor a la necesaria para conseguir una implantación embrionaria exitosa. Tratamiento con dosis controladas de progesterona, para alargar la fase lútea. Gestación en el primer mes de tratamiento, con valores hormonales todavía subóptimas, por lo que requiere suplementación en el embarazo.

Tras el embarazo y parto, año y medio después de la primera gestación, inician tratamiento para búsqueda de segundo embarazo, que consiguen en el tercer mes de tratamiento con progesterona. Cuando ella comenta el caso con otros médicos le dicen que es “casualidad” que tras siete años de búsqueda haya conseguido gestación en el primer mes de tratamiento.

Caso clínico 4

Mujer de 41 años y varón de 42. Mujer con infertilidad secundaria. Tuvo un primer embarazo (hijo sano, actualmente de 9 años) y posteriormente seis abortos, sin diagnóstico claro. Aumento de cefaleas durante los últimos años. Tras pruebas diagnósticas se le encuentran: intolerancias alimentarias múltiples, enfermedad celiaca y déficit hormonal severo. Se comienza el tratamiento con dieta y la medicación habitual para estas patologías. La gráfica del ciclo menstrual presenta un patrón alterado de sangrado y fertilidad.

La paciente presenta una notable mejoría del estado general, remitiendo las cefaleas, así como la sintomatología digestiva. Normalización de la gráfica del ciclo menstrual. Hasta el momento no ha logrado nueva gestación, pero está muy satisfecha por la mejoría en los síntomas previos.

4. Análisis antropológico

Una primera puntualización, antes de abordar este punto. El término reproducción, aplicado a los seres humanos, no es plenamente significativo. Resulta más preciso hablar de procreación. La realidad biológica de la reproducción, que observamos en el mundo animal, se queda muy limitada cuando la aplicamos a los seres humanos.

Analicemos al protagonista del problema enunciado al inicio del artículo, un ser humano. El hombre, este sujeto-objeto, que tiene conciencia de su individualidad y unicidad, se puede definir como el “ser de la unidad”. No podemos dividir, estrictamente hablando, sus

partes constitutivas, su componente material, corporal, y su componente inmaterial, trascendental o espiritual. Es como una moneda que, aunque tenga dos caras, no puede existir la una sin la otra. Se trata de dos coprincipios, que se reclaman recíprocamente.

Unión no es mera yuxtaposición de partes, como sucede con las piezas de un lego. Se asemeja más a la unión intrínseca de una molécula de agua. Inicialmente teníamos unos átomos distintos, dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno. Cuando se juntan aparece algo nuevo, el agua, que no se puede separar mientras siga siendo agua. Si separamos hidrógeno y oxígeno deja de ser agua. No decimos que oxígeno e hidrógeno “están unidos” en el agua, ni tampoco que “son” agua; decimos que son ‘principios constitutivos’ del agua.

4.1. *Unidad cuerpo alma*

Es la primera unidad que descubrimos en nosotros mismos, en todo ser humano. Podemos hablar de cuerpo-alma, cuerpo-mente, espíritu encarnado, inteligencia sensible... Siguiendo a Lucas podemos hablar de un espíritu informador de la materia, materia que existe como tal únicamente informada por un cuerpo (23).

¿Somos cuerpo o tenemos cuerpo? (24) Una cosa y la otra. Ninguno de los dos coprincipios del ser humano tiene sentido pleno por sí solo, ya que ambos están unidos sustancialmente. Podemos afirmar que en cierto modo tenemos cuerpo, sin negar que, al mismo tiempo somos cuerpo.

Santo Tomás de Aquino, recogiendo la doctrina aristotélica, recuerda que *nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*, es decir, nada hay en la inteligencia que no esté primero en el sentido. Pero lo que percibimos por los sentidos posee un significado que va más allá de ellos mismos, de su materialidad. Físicamente, el ojo percibe ciertas longitudes de onda que reflejan unos cuerpos, los que están leyendo este artículo. Pero yo no digo: tengo ciertos cuerpos físicos delante de mis ojos, sino hay unas personas que me están mirando y escuchando. Los meros sentidos externos e internos y la inteligencia están integrados e interrelacionados. Llegamos así a percibir “cuerpos humanos”.

No vemos nunca el cuerpo del hombre como simple cuerpo, sino siempre como cuerpo humano, es decir, como una forma espacial cargada de referencias a una intimidad (25).

Llevando la cuestión al fenómeno del enamoramiento y del matrimonio, podemos preguntarnos: ¿De quién se enamoró mi mujer? ¿De un cuerpo de un metro noventa, rubio y ojos azules? Evidentemente no. Sin embargo, también se enamoró de mi cuerpo, es una parte constitutiva de mí yo.

4.2. Unidad en la sexualidad; más allá de la genitalidad

La sexualidad humana es una dimensión de todo ese espíritu encarnado, de esa unión indisoluble de alma y cuerpo. Se trata por ello de una dimensión integral, compleja, con un componente biológico o físico, unido al componente afectivo o espiritual. Por este motivo hemos insistido tanto en la unidad cuerpo-alma, y en nuestra relación con un cuerpo específicamente humano.

La misma relación conyugal es una realidad específicamente humana, que va más allá de la mera relación biológica. La antropología filosófica esboza algunas intuiciones que muestran esta especificidad: 1. La incongruencia de las curvas de excitación masculina y femenina. 2. La ausencia de períodos de celo. 3. La diferencia entre excitación y emoción (25).

El fenómeno de las caricias también nos muestra que la sexualidad no es mera genitalidad. No se trata de un simple tocar, como puedo tocar una mesa o las teclas de un ordenador. Es un tocar con un sentido, una afectividad. Sin embargo, sigue siendo algo físico, toco a la otra persona en su cuerpo.

4.3. Unidad matrimonial

El sujeto antropológico de la fertilidad o infertilidad no es el hombre aislado, ni únicamente la mujer; es la unión hombre-mujer, el matri-

monio. “Por esto dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán los dos una sola carne”, leemos en el libro del Génesis (2:24). Más allá del contenido religioso de esta afirmación, encontramos una realidad que experimentamos a diario en nuestra vida. En el matrimonio, lo que le ocurre a un cónyuge le afecta también al otro.

Muchos matrimonios, cuando comunican a sus amigos que están esperando un hijo, dicen la frase “Estamos embarazados”. ¿De verdad lo están? Estrictamente hablando quien está embarazada es la mujer, no el marido. Sin embargo, es un reflejo, casi natural, de esa unidad matrimonial.

5. Análisis ético

Después de ver los datos, los hechos concretos, y tras haber analizado el sujeto antropológico protagonista de los hechos, analicemos brevemente las implicaciones éticas de este “problema” y la conveniencia de la respuesta ofrecida por la nanotecnología.

Suele identificarse la ética o la moral con el obrar bien u obrar mal. Sabemos, además, que el ser humano siempre obra movido por el bien. Si no hay un bien, el motor de nuestra voluntad no se mueve, no actúa. La ética es, en su raíz, la ciencia de elegir el mejor bien, el bien más elevado, el más íntegro. Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, parte de una constatación, más allá de la elección entre el bien y el mal. “Todos los hombres, por naturaleza, buscamos la felicidad (26)”. La ética es la elección del fin que nos acerca más a una felicidad integral.

Joseph de Finance, en su manual de *Ética Generale* estudia la ética a partir de la experiencia personal; analiza para ello la fenomenología del valor moral. Un valor es aquello que nos atrae, a partir del bien que reconocemos en las cosas. Tener un hijo, por ejemplo, nos atrae a modo de fin porque reconocemos ahí un bien. De Finance habla de que existe una jerarquía de valores (27) (de bienes, de fines) que

orienta nuestro actuar: valores infrahumanos, valores humanos infra-morales, valores morales y valores religiosos, espirituales. De modo análogo, podemos afirmar que de la naprotecnología surgen bienes humanos (el hijo, la salud), bienes morales (el matrimonio) y bienes espirituales.

5.1. El bien del hijo

Es legítimo y plenamente comprensible que un matrimonio desee tener descendencia. Los hijos siempre son vistos como un bien, y en esta perspectiva, la naprotecnología está ayudando a muchos matrimonios a hacer realidad este deseo. Y esto respetando plenamente la dignidad de todo ser humano, en el respeto a la vida y en el modo como es engendrado.

5.2. El bien de la salud física

Un fin importante para esta ciencia es la salud física, tanto de la mujer como del hombre. Como decíamos anteriormente, la infertilidad no es una enfermedad sino un síntoma, un aviso de que, con bastante probabilidad, algún elemento físico, corporal, no funciona correctamente.

En las facultades de medicina, enfermería o farmacia se insiste mucho en la medicina preventiva, y fruto de esta orientación son numerosas campañas de salud pública. ¿Por qué no aplicarlo también a la salud sexual, a la verdadera salud sexual, más allá del uso ideológico que con frecuencia se hace de este término?

5.3. El bien de la salud matrimonial

Las dificultades nos unen de modo especial a aquellos con quienes las hemos compartido. Y los problemas de infertilidad/esterilidad afectan de modo especial a las relaciones entre los cónyuges, tensándolas o fortaleciéndolas. La naprotecnología, por su misma dimen-

sión respetuosa y constructiva del matrimonio, ayuda a afrontar esta situación como un tema que afecta a ambos cónyuges, y en el que ambos caminan juntos.

5.4. El bien espiritual del hombre

El hombre, en su interior, reconoce cuándo ha obrado bien y cuándo no. Tiene una conciencia que le da un juicio práctico sobre su obrar. Y sabe cuándo ha obrado respetando su naturaleza de espíritu encarnado, y cuando ha dejado que la parte física, corporal, domine a la parte trascendente, espiritual. Entendemos como salud humana aquella que se deriva de esta especificidad del hombre y de su naturaleza. La nanotecnología, al respetar las leyes humanas que descubrimos en su naturaleza, deja en su conciencia la satisfacción de haber hecho las cosas bien.

5.5. La ética llevada a la práctica

El bien no es un puro ente de razón, destino de nuestra contemplación intelectual. El bien es aquello que atrae a la voluntad y la empuja a actuar. Por eso, este análisis ético debe desembocar en realidades concretas, ya sea para facilitar los diagnósticos que ofrece la nanotecnología, ya sea en la realización de los tratamientos indicados para tales diagnósticos.

6. Conclusión

Hemos partido del fenómeno del descenso en la natalidad y la fertilidad. Parece que lo constatado por Javier Marqueta hace más de 10 años sigue siendo de plena actualidad: los cambios sociales, entre los que sobresalen los nuevos roles de la mujer y la accesibilidad a la anticoncepción, están propiciando una disminución de la natalidad y un retraso en la edad de la mujer para tener su primer hijo (28).

Hemos ido profundizando, gracias al método triangular, en el significado antropológico y ético de la naprotecnología, poniendo de manifiesto sus aspectos positivos para el desarrollo integral del ser humano. Nos queda ahora la aplicación práctica de lo analizado. A esta luz podemos afirmar que seguir el camino de la naprotecnología en el abordaje de los problemas de infertilidad/esterilidad ofrece una serie de beneficios para la salud física y la misma procreación humana. Esta subespecialidad médica, además, respeta la naturaleza antropológica del sujeto, tanto del sujeto —individuo, como del sujeto— matrimonio, protegiendo la unidad física y emocional del acto conyugal. Proporciona, a la vez, bienes íntegros y elevados, incluso en aquellas circunstancias en las que no llegue el hijo esperado. Se trata, pues, de una respuesta muy positiva ante esta realidad de la infertilidad/esterilidad.

Referencias

1. Eurostat. Total fertility rate [Internet]. Luxemburgo: 2021 [consultado 29 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table?lang=e>
2. Organización de las Naciones Unidas. Infertilidad [Internet]. 2022 [consultado 29 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1
3. García R. Estudio de nuevos marcadores de infertilidad masculina [Tesis de doctorado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2018 [consultado 29 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/684219>
4. Rodríguez M. Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. MEDISAN. 2016; 20(10):2294-2297.
5. Ramírez A, Cala A, Fajardo D, Grave de Peralta R. Factores causales de infertilidad. Rev Información Científica. 2019; 98(2). <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2235>
6. Sgreccia E. Manuale di Bioética. Milano: Vita e Pensiero; 1999.
7. Stanford J, Smith K, Varner M. Impact of instruction in the Creighton model fertility-care system on time to pregnancy in couples of proven fecundity: results of a randomised trial: Creighton model and time to pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol. 2014; 28(5):391-9. <https://doi.org/10.1111/ppe.12141>
8. Stanford J, Porucznik C. Enrollment, childbearing motivations, and intentions of couples in the Creighton Model Effectiveness, intentions, and Behaviors Assessment (CEIBA) study. Front Med. 2017; 4:147. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00147>

9. Tham E, Schliep K, Stanford J. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian family practice. *Can Fam Physician*. 2012; 58(5):e267-74.
10. Carrión V, Fabrés V. El misterio de la fecundidad en el matrimonio infértil. Hombre y mujer los creó [Internet]. 2019 [consultado 7 de julio de 2019]. Disponible en: <https://jp2madrid.es/index.php/aula-abierta/hombre-y-mujer-los-creo/634-hom-muj-19038>
11. Gallo P, Tham J. *Medicina y Ética*. 2022; 33(1):205. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.05>
12. Boyle P, de Groot T, Andralojc K, Parnell T. Healthy singleton pregnancies from restorative reproductive medicine (RRM) after failed IVF. *Front Med*. 2018; 5:210. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00210>
13. Organización Mundial de la Salud, Salud sexual [Internet]. 2022 [consultado 29 de agosto de 2022] Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
14. Valdés, M. Aplicación del conocimiento de la fertilidad humana para buscar embarazo: resultados en el ámbito clínico [Tesis de doctorado]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. 2012:26-29.
15. Agarwal A, Majzoub A, Esteves S, Ko E, Ramasamy R, Zini A. Clinical utility of sperm DNA fragmentation testing: practice recommendations based on clinical scenarios. *Transl Androl Urol*. 2016; 5(6): 935-950.
16. Hilgers T, Prebil A. The ovulation method: Vulvar observations as an index of fertility/infertility. *Obstetrics & Gynecology*. 1979; 53(1):12-22.
17. Hilgers T. *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology*. Omaha, Nebraska: Pope Paul VI Institute Press; 2004.
18. Boyle P, Stanford J. Naprotechnology (natural procreative technology), a multifactorial approach to the chronic problem of infertility. *Psu.edu*. 2011; 21(3):61-68.
19. Horodenchuk Z, Furman O, Datsko H. Restorative reproductive medicine for infertility and recurrent miscarriage in the outpatient ob/gyn practice in Ukraine. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*. 2020; 43(3):442-61. <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/5411>
20. Stanford J, Parnell A, Boyle P. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*. 2008; 21(5):375-384. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070239>
21. Vaquero J, Mena M, Marcos H. La ayuda que ofrece la Naprotecnología para afrontar la infertilidad/esterilidad de modo médico y acorde con una sana antropología. *Cuad Biot*. 2019; 30(100):338. <https://doi.org/10.30444/CB.43>
22. Carrión V. *La Naprotecnología y más allá. Caminos de esperanza ante la infertilidad*. Barcelona: Carena; 2021.
23. Lucas R. *El hombre, espíritu encarnado*. Madrid: Atenas; 1993.
24. Para profundizar en esta cuestión aconsejamos el tratamiento realizado por Lucas R. *Antropología y problemas Bioéticos*. Madrid: BAC; 2001.
25. Lucas R. *El hombre, espíritu encarnado*. Madrid: Atenas; 1993.

26. Aristóteles, *Etica Nicómaco*. I(7):1097b-1098a.
27. Finance J. *Etica generale*. Bari: Tipografia Medirionale; 1989.
28. Marqueta J, Hernandez J, Luceño F, Cabell Y, Fernandez Shaw S, Vidal E. Reflexiones en torno a la evolución de la salud reproductiva y de los tratamientos de reproducción asistida en España a la luz del Registro de actividades de la Sociedad Española de Fertilidad. *Salud sexual y reproductiva. Aspectos científicos, éticos y jurídicos*. Madrid: Comares; 2010.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



How to face infertility from a medical perspective, respecting the human person and married love? NaProTechnology's help in these processes

¿Cómo afrontar la infertilidad de modo médico, respetando a las personas y el amor conyugal? La ayuda de la naprotecnología en estos procesos

José Francisco Vaquero*

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, Spain

Helena Marcos**

FertilityCare, Spain

María Victoria Mena***

Naprotec, Barcelona, Spain

Venancio Carrión****

Naprotec, Barcelona, Spain

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.05>

* Master in Bioethics from Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, Spain. E-mail: jose.fc.vaquero@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3611-7070>

** General Practitioner. Specialist in natural methods of fertility recognition. E-mail: hmarcosfertilitycare@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-6709-9015>

*** Gynecologist. Specialist in natural methods of fertility recognition. E-mail: oroel7@yahoo.es <https://orcid.org/0000-0001-7765-3550>

**** President of Naprotec. E-mail: vcarrion@naprotec.es <https://orcid.org/0000-0002-1216-6636>

Reception: 26/02/2022 Acceptance: 10/10/2022

Summary

What to do when a married couple wants to have a child and the child is late in coming, or simply does not come? Naprotechnology, as a medical study of male and female fertility, offers a valid answer to face this situation of infertility/sterility.

We follow as a way the triangular method proposed by Elio Sgreccia: look at the scientific data to make an anthropological analysis and an ethical evaluation that guides the concrete action.

Naprotechnology, as a medical science, is a medical and scientific approach that seeks to solve male and female reproductive and gynecological disorders, identifying the main causes that affect true reproductive health. From this diagnosis, it seeks to correct the possible alterations and restore health and fertility. This way of dealing with infertility/sterility is illustrated with several clinical cases and the results obtained in Spain during the years 2015 to 2021.

Next, we carry out an anthropological analysis of the way of dealing with infertility, analyzing the subject who suffers from it: Who is the human being? What is his sexuality like? In what environment is procreation primarily carried out? On this basis, we outline an ethical judgment of this way of dealing with infertility/sterility problems.

Keywords: naprotechnology, infertility, sterility, procreation.

1. Introduction

In many countries of Europe and North America, we are immersed in a demographic winter. On the European continent, the fertility rate in 2020 was 1.53 children per woman, far from the 2.1 that guarantees generational replacement. Only Georgia comes close to that figure with 1.98. France and Romania follow it, with 1.8. At the other end of the scale, Malta 1.13, Spain 1.19 and Italy 1.24 (1).

Infertility, defined as the inability to conceive after a year or more of regular unprotected intercourse, is also on the rise. Available data indicate that between 48 million couples and 186 million people are

infertile worldwide (2). This means that approximately one in seven couples of reproductive age will have problems in having offspring (3). It is estimated, moreover, that in more than 90% of cases this situation could be overcome if a proper diagnosis were made (4). In Spain, about 15% of couples of childbearing age have problems conceiving (5).

We note, however, that the desire of married couples to have one or more children is still present. They want to but cannot. One of the underlying problems is one of language: physicians believe that they have an obligation to “give” a child to fulfill a parental “right”, a right that is demanded and based on desire. With this approach, and driven by short-termism, there is a danger of not doing medicine, passing too quickly through the analysis and diagnosis of the patient. The child becomes an object of desire and is no longer received as a gift.

2. Approach to the problem. Methodology

What to do when a married couple wants to have a child and the child is late in coming, or simply does not come? Is the only way out, not without problems, to resort to an assisted reproduction technique? Naprotechnology¹ and, in a broader sense, fertility restorative medicine, as a medical study of male and female fertility, offers a valid response to a situation of infertility; moreover, it opens a way to improve sexual health, also contributing to the overall health of the person.

As a method for analyzing this problem, we have opted for the path proposed by Elio Sgreccia in his contribution to bioethics and baptized as the triangular method (6). In the development of this method, we will go through three successive moments:

¹ In this article we use the word “naprotechnology” for ease of reading, although the precise and correct term is “NaProTechnology” as cited by its initiator, Dr. Thomas Hilgers, and his team.

1. The data. The moment of scientific analysis, that provides us with objective data, whether numerical or descriptive. In this article, we limit ourselves to a specific place and space: Spain, years 2015 to 2021.
2. Anthropological implications. The time to delve into the anthropological implications of the proposed action.
3. Ethical analysis and implications. The practical moment, in which the reflections made, will be applied to the specific problem and a response is postulated.

3. The data

Before studying the data or results offered by Naprotechnology in Spain during the period 2015 to 2021, we will briefly analyze the descriptive data that show us what it is and what its principles are.

3.1 Descriptive data

Naprotechnology and in general fertility restorative medicine, as a medical science, can be defined as procreative medicine based on the recognition of the woman's menstrual cycle. This medical subspecialty constitutes a medical and scientific approach that seeks to solve reproductive and gynecological disorders, both in women and men, by identifying the main causes that affect true reproductive health (7). From this point on, the aim is to correct possible alterations and restore health and fertility (8,9).

Infertility is not a disease; it is a symptom of one or more possible organic or hormonal diseases. The physician's action should focus on diagnosing the male and/or female causes of the possibly temporary situation of infertility or sterility (10).

The woman makes a graphic record of her cycle by means of a standardized method of observation, recognition and recording of the flow (especially cervical mucus and vaginal bleeding) (8). The

chart that collects her notes is used as a tool to plan the necessary medical studies, directing them to the specific moment of the cycle that we wish to study. In this way, the woman is an active part in the control and follow-up of her gynecological and reproductive health. This monitoring of cervical mucus can also reflect suboptimal hormone levels and short or variable luteal phases (11).

It is not simply a natural method that helps the natural recognition of the cycle, identifying the fertile window to seek or space the pregnancy; it is rather a medical approach that uses, as one of its tools, a natural method of fertility recognition. Thanks to this information, problems can be identified and treatments can be carried out at specific times of the menstrual cycle. The aim is therefore to improve the physiological conditions of each menstrual cycle to facilitate natural conception (12).

Specialists in this science recommend the use of the Creighton Model FertilityCare System, a systematization of the Billings ovulation method, although it is neither an exclusive nor an exclusive preference with respect to other natural methods of fertility recognition. Formally, we usually speak of Naprotechnology when the Creighton Model is used and of fertility restorative medicine when any other natural fertility awareness method is used. In addition to this tool, Naprotechnology also uses hormonal analysis, ultrasound or other medical procedures that can help and complete the diagnosis.

Naprotechnology identifies possible problems, cooperates with the menstrual cycles, corrects as far as possible the deficiencies detected, all while respecting human ecology and nature. Faced with the initial problem, it seeks the solution from the integral health of the woman and the man, promoting the true sexual health of marriage: the health of the woman, the health of the man and the health of the male-female union that we call marriage. The perspective of the studies carried out by Naprotechnology does not focus exclusively on women, although their sexual cycle is more complex than male fertility, which is linear. Both modes of fertility converge in the fertility of marriage.

It is worth remembering the WHO definition of sexual health: “A state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality. It requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence” (13). We highlight only two details:

- Integral well-being: physical, mental (transcendent or spiritual) and social.
- A positive approach to sexuality, with that same characteristic of integrity: physical dimension, mental or transcendental dimension, and social dimension or aimed at human procreation.

María Isabel Valdés summarizes Naprotechnology in her doctoral thesis as being aimed at the study of reproductive dysfunctions associated with infertility, the most frequent being a decrease in the production of cervical secretion, intermenstrual bleeding or spotting, short or variable luteal phase, as well as altered levels of the ovarian hormone’s estrogen and progesterone (14).

At present, the study of male infertility is not present in medical practice. Men with subfertility and infertility problems are too often referred to artificial reproduction units, where they are offered the options of artificial insemination, in vitro fertilization or gamete donation. Agarwal states that about 30% of men seeking help in this area have a seminal disorder of unknown etiology. Therefore, there is a growing need to find the causes that lead to infertility (15).

Rarely are they offered as a first option the opportunity to investigate in depth the causes of their problem, and to give them a specific treatment. This procedure evades the correct medical perspective: to look for the cause of the infertility or subfertility problem and to employ the necessary means to cure it. Assisted reproductive techniques, Boyle notes, focus on achieving pregnancy, regardless of the underlying pathology (12).

Naprotechnology assumes that infertility is not a disease, but one of the symptoms of one or more possible underlying organic or hormonal diseases (12). Experts note that it rarely has a single cause; therefore, it must be analyzed and diagnosed from a multifactorial perspective. The idiopathic cause (or unknown cause) is insufficient for the scientific rigor of a discipline such as medicine. Aristotle already spoke of science as *cognitio certa per causas* (certain knowledge for its causes), and this scientific ideal should never be lost sight of in daily work.

Naprotechnology was developed in 1976, thanks to the studies of Thomas W. Hilgers, an obstetrician and specialist in reproductive medicine (16). In 1985, he opened the St. Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction in Omaha, Nebraska (USA). In 2004, he published the book *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology* (17).

Phil Boyle, the family physician who brought Naprotechnology to Europe, summarizes this medical work in three successive phases (12,18):

1. Research phase: patients learn specialized tracking of their menstrual cycle using the Creighton Model or other appropriate charting system. These charts are complemented by a hormonal study, mainly of estradiol and progesterone, throughout the menstrual cycle, paralleling the cycle phase and hormonal level.
2. Correction phase, we will try to correct the pathology that affects fertility, through the administration of different drugs that, properly customized, can improve fertility or cervical mucus: vitamin B6, acetylcysteine, guaifenesin, plantains, ivy or ampicillin. It may also be convenient to administer a prolactin inhibitor or certain doses of luteal progesterone (19). On some occasions, this corrective phase may require various surgical interventions, usually by laparoscopy.
3. Conception phase, a phase that extends between 1 and 12 menstrual cycles in which the couple will attempt conception through sexual intercourse. These cycles are characterized by

showing a normal pattern in the Creighton Model graphs, having correct levels of progesterone and estradiol, and in which follicular rupture can even be verified by ultrasound. If pregnancy is not achieved, the treatment is usually interrupted to look for new alternatives to the current situation.

The study of Naprotechnology arrives in Spain in 2014, thanks to María Victoria Mena, specialist in gynecology, Creighton Model instructor and Medical Consultant in this subject. The following year Helena Marcos, instructor of the Creighton Model and other natural methods of fertility recognition, and Medical Consultant in Naprotechnology, opens the second practice in Spain.

A few months later, the effort of some couples who began to collaborate in its diffusion joined her. The initiative takes shape in the portal www.naprotec.es that offers information and advice since 2016. In 2017, the Spanish Association of Naprotechnology, Naprotec, was constituted to continue this work of counseling, accompaniment and diagnosis.

This association seeks to coordinate the work of counseling and accompaniment to couples interested in this science. This goal is specified in three important notes:

- To accompany and advise people and couples who come to it, moved by an issue related to infertility/infertility, or seeking to know their own body and their periods of fertility/infertility through the Creighton Model.
- Learning: That users, especially women, learn to recognize their cycle from the observation of various biomarkers.
- To act medically and diagnose, based on the observations made, and within an Integral experience of sexuality.

3.2. Numerical data: results of Naprotechnology in Spain (years 2015-2021)

Naprotechnology has a history of more than four decades, although there is not much published data. Stanford *et al.* reported the result of one of the first systematic studies on the subject. They studied

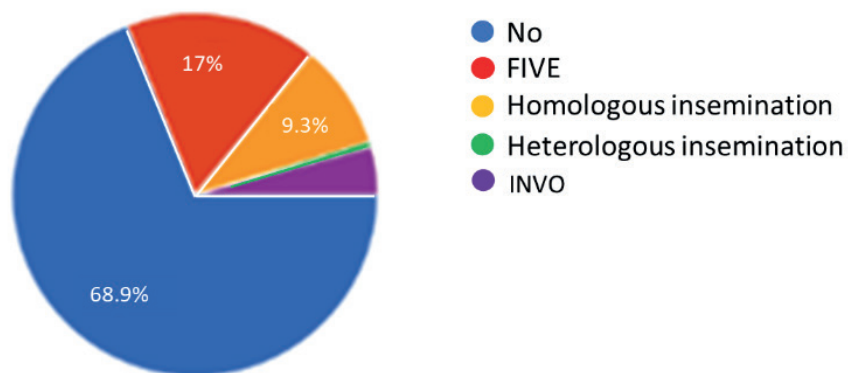
1,072 couples with a mean age of 35.8 years conducted between 1998 and 2002. Approximately 40% of the couples went on to conceive a child, with a miscarriage rate of 1.4% (20).

We set out the data below, limiting ourselves to a specific geographic space and time: Spain, between the years 2015 and 2021.

In these seven years, the counseling offered by Naprotec (www.naprotec.es) and the Spanish Association of Naprotechnology, has attended 5,100 marriages. Currently, the average age of the people who receive information is 33.8 years old for women and 35.8 for men. In the last two years, the average age has decreased, which shows that Naprotechnology is reaching a younger public. The Naprotec association has activated a program for young university students and another for teenagers. Drs. Mena and Marcos have treated 1,560 married couples in their Naprotechnology practice (21).

Regarding the population, that requests information before going to the Naprotechnology specialists, and as shown in Graph 1, 75% suffer from sterility or primary infertility, they have no living children, and 25% already have a child. Thirty-three percent have had some reproductive technique before seeking information about Naprotechnology, either in vitro fertilization or artificial insemination or in vivo fertilization.

Graph 1. Previous assistance to artificial reproduction techniques



Source: Naprotec; 2019.

Focusing on the population that is in medical consultation with Naprotechnology specialists, between 2015 and 2021, 300 pregnancies have been counted, of which 201 live children have already been born. Now there are 99 ongoing gestations (21). The main purpose of Naprotechnology is not only to achieve pregnancy, although the aim is to facilitate its achievement, but above all to improve overall health to facilitate fertility.

Of great interest is the study carried out by Venancio Carrión in chapter 8 of his book *La naprotecnología y más allá* (Naprotechnology and beyond), which gathers data and information on 55 couples treated by Mena and Marcos. These patients were treated in Spain between the years 2015-2019 (22).

Different topics are analyzed in the study, of which we highlight the following:

- a) Ratio of number of women by age range.

The age of the woman is one of the variables most often considered in situations of infertility or sterility. We know that fertility in women is conditioned by age, especially after 35 years of age. Table 1 shows the number of women by age group.

Table 1. Number of women by age group

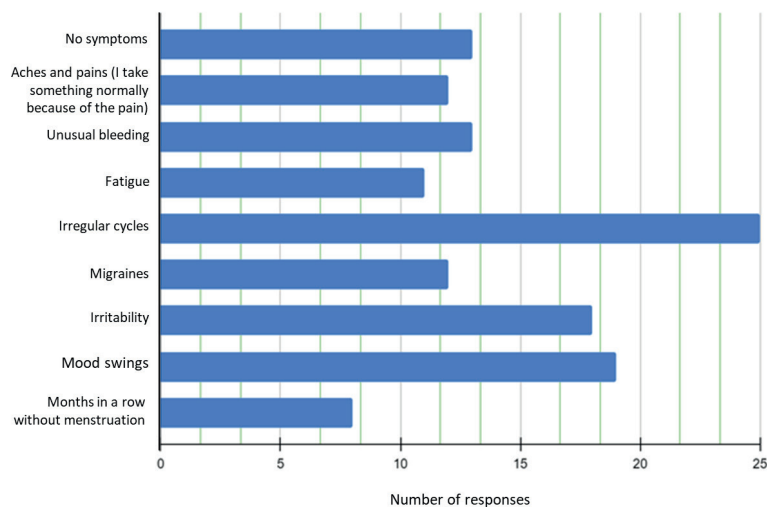
Age range (years)	Number of women
23 a 27	4
28 a 32	18
33 a 37	20
38 a 42	13

Source: prepared by the authors.

b) Symptoms that patients detect before seeking Naprotechnology.

Graph 2 shows the symptoms identified by women who have a problem of sterility or infertility. Many of the phrases present us with situations that women have assumed to be normal; my period hurts; one day I should take an analgesic to alleviate or relieve the pain, etc. Practically half of the women surveyed identify that their cycle is irregular and recognize irritability or mood swings days before menstruation.

Graph 2. Symptoms identified by women who have a problem of sterility or infertility

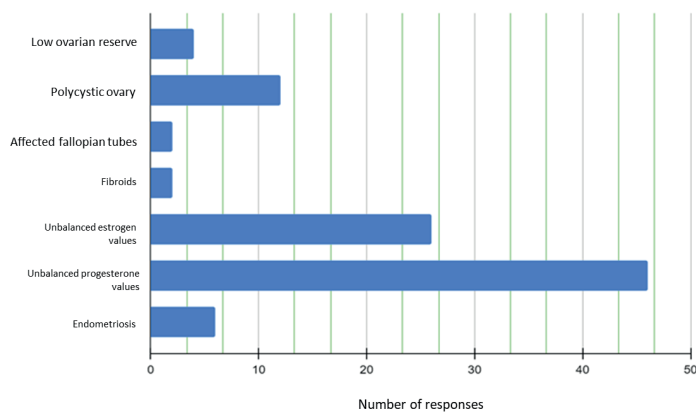


Source: prepared by the authors.

c) Diagnosis of women and men.

As we can see in Graph 3, the hormonal cause is the most relevant. In Graph 4, we can see that it is mainly due to unbalanced estrogens and progesterone.

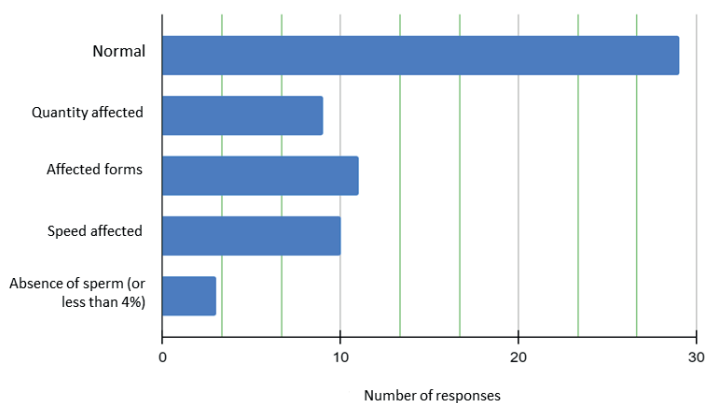
Graph 3. Diagnosis of the woman



Source: prepared by the authors.

Any sterility or infertility study should also consider the situation of the male. In this regard, one of the basic studies is the semen analysis. In most cases, a normal semen analysis is found, although in some patients there are also indicators of subfertility as shown in Graph 4.

Graph 4. Male Seminogram



Source: prepared by the authors.

Based on this study we can formulate the following conclusions (22).

- We can see how Naprotechnology and/or Fertility Restorative Medicine are a real answer to sterility/infertility diagnoses. If the married couple is maintained for, the necessary time and performs all the studies that are requested, a good diagnosis can be reached.
- Age is not a limitation, as the study focuses on the health of the woman. Any menstruating woman can be studied.
- We have seen that older people are not the ones who have needed more time to achieve pregnancy, even if they have used reproductive techniques. There is therefore hope that we can dedicate our efforts to a good study that will get to the causes, without feeling pressured by age.
- Hormonal imbalance is the most common cause in the different women in the sample. Much can be done by regulating estrogen and progesterone levels.
- Naprotechnology can study cases of sterility or infertility, whether they are primary or secondary situations; an example of this secondary infertility is repeated miscarriages.

After these global data, we cite four clinical cases of patients treated by these specialists in Spain, as an example of how diagnoses and treatments are carried out in this specialty.

Clinical case 1

34-year-old woman, four months trying to get pregnant. Short cycles of 22 to 29 days. Discrete elevation of prolactin, which responds promptly to treatment. Her temperature charts show an extremely shortened post ovulatory phase, which is associated with 100% of miscarriages, according to Dr. Hilgers (17), so treatment is necessary. She also has elevated Natural Killer cell values, which are associated with first trimester miscarriages, and high stress, which caused her to abandon the search for pregnancy for a period.

Her husband's spermiogram is very close to oligospermia; all other markers are normal. The first pregnancy occurred in December 2016, after four cycles of prolactin monitoring and control. Hormonal monitoring of the pregnancy evidence decreases in her progesterone levels from week 16. She is started on exogenous progesterone supplementation until stable levels are achieved and treatment is maintained until week 37. Frequent check-ups are advised due to the high risk of fetal distress when hormonal treatment is discontinued. She was diagnosed with severe amniotic fluid reduction at 37+5 weeks, so a cesarean section was performed.

She went again in July 2018 to attempt a second pregnancy. She presented the same problems as before the first pregnancy, although the antimüllerian hormone was severely reduced, and her husband's spermiogram had worsened considerably. The gynecologist who had attended her at the delivery, in view of the tests, recommended in vitro fertilization with donor oocytes, because it was "impossible for her to become pregnant" with these values of antimüllerian hormone, and "they were wasting their time".

Pregnancy after eight months of treatment with vitamin supplementation and progesterone. She is currently in her first trimester of pregnancy with progesterone supplementation and hormone monitoring. Pregnancy is not particularly complicated.

Clinical Case 2

Female, 27 years old and male, 29 years old. Primary infertility, after 18 months married with sexual relations without external impediment for gestation. The male presents oligoasthenoteratozoospermia. It was advised to start the Creighton Method to proceed to the study of the wife, who has no history of interest. Cycles are slightly irregular, ranging between 28 and 36 days. The woman underwent a fertility study by hysterosalpingography, with normal results, although cervicitis was observed, stress with incipient decompensation of adrenal hormones and severe alteration of estradiol and progesterone values throughout the cycle. Hormonal treatment was prescribed to normalize these values.

The male had hypercholesterolemia, hyperinsulinism, food intolerances, which were treated with diet and appropriate medication and increased FSH, as well as two consecutive and different semen infections that required antibiotic treatments. The spermiogram improved, although it could not be considered normal.

Pregnancy occurred four months after starting the study, after the husband's second antibiotic treatment. Hormonal follow-up was done from the beginning, finding reduced values of estradiol, progesterone and DHEA. The patient was kept on treatment until week 38. Spontaneous and uncomplicated delivery in week 39.

Clinical case 3

A 29-year-old woman and a 30-year-old man; they have been married for 7 years without any means to prevent pregnancy. Neither of them has previous pathologies. As they are young, they have not undergone any basic fertility study, and were advised to “relax” and wait. In the first Creighton Model charts they performed, a short luteal phase and abnormal premenstrual bleeding were noted. The analyses confirm a luteal phase of shorter duration than that necessary to achieve successful embryo implantation. Treatment with controlled doses of progesterone, to lengthen the luteal phase. Pregnancy in the first month of treatment, with hormonal values still suboptimal, requiring supplementation during pregnancy.

After the pregnancy and delivery, a year and a half after the first pregnancy, they started treatment to search for a second pregnancy, which they achieved in the third month of treatment with progesterone. When she discusses the case with other physicians, they tell her that it is a “coincidence” that after seven years of searching she has achieved pregnancy in the first month of treatment.

Clinical Case 4

A 41-year-old woman and a 42-year-old man, both with secondary infertility. She had a first pregnancy (healthy son, currently 9 years

old) and subsequently six miscarriages, without clear diagnosis. Increase of headaches during the last years. After diagnostic tests, she was found to have multiple food intolerances, celiac disease and severe hormonal deficiency. Treatment with diet and the usual medication for these pathologies is started. The menstrual cycle chart shows an altered bleeding and fertility pattern.

The patient presented a notable improvement in her general condition, with headaches and digestive symptoms subsiding. Normalization of the menstrual cycle chart. So far, she has not achieved a new pregnancy, but she is very satisfied with the improvement in the previous symptoms.

4. Anthropological analysis

A first remark, before addressing this point. The term reproduction, as applied to human beings, is not fully meaningful. It is more accurate to speak of procreation. The biological reality of reproduction, which we observe in the animal world, is very limited when applied to human beings.

Let us analyze the protagonist of the problem enunciated at the beginning of the article, a human being. Man, this subject-object, who is conscious of his individuality and uniqueness, can be defined as the “being of unity”. We cannot divide, strictly speaking, its constituent parts, its material, bodily component, and its immaterial, transcendental or spiritual component. It is like a coin, which, although it has two sides, cannot exist one without the other. It is a question of two co-principles, which reciprocally claim each other.

Union is not mere juxtaposition of parts, as happens with the pieces of a Lego. It is more like the intrinsic union of a water molecule. Initially we had different atoms, two atoms of hydrogen and one of oxygen. When they come together, something new appears water, which cannot be separated if it remains water. If we separate hydrogen and oxygen, it ceases to be water. We do not say

that oxygen and hydrogen “are united” in water, nor that they “are” water; we say that they are ‘constituent principles’ of water.

4.1. *Unity body soul*

It is the first unity that we discover in ourselves, in every human being. We can speak of body-soul, body-mind, incarnated spirit, sensitive intelligence... Following Luke we can speak of a spirit informing matter, matter that exists as such only informed by a body (23).

Are we a body or do we have a body? (24) One thing and the other. Neither of the two co-principles of the human being makes full sense on its own since both are substantially united. We can affirm that in a certain sense we have a body, without denying that, at the same time, we are a body.

St. Thomas Aquinas, taking up the Aristotelian doctrine, recalls that *nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*, that is, there is nothing in the intelligence that is not first in the sense. However, what we perceive through the senses possesses a meaning that goes beyond themselves, beyond their materiality. Physically, the eye perceives certain wavelengths that reflect certain bodies, those who are reading this article. Nevertheless, I do not say: I have certain physical bodies in front of my eyes, but there are some people who are looking at me and listening to me. The mere external and internal senses and intelligence are integrated and interrelated. Thus, we come to perceive “human bodies”.

We never see man's body as a simple body, but always as a human body, that is, as a spatial form charged with references to an intimacy (25).

Taking the question to the phenomenon of falling in love and marriage, we can ask ourselves: Whom did my wife fall in love with? With a body of one meter ninety, blond hair and blue eyes? Evidently not. However, she also fell in love with my body; it is a constituent part of myself.

4.2. *Unity in sexuality; beyond genitality*

Human sexuality is a dimension of all that embodied spirit, of that indissoluble union of soul and body. It is therefore an integral, complex dimension, with a biological or physical component, united to the affective or spiritual component. Therefore, we have insisted so much on the unity of body and soul, and on our relationship with a specifically human body.

The conjugal relationship itself is a specifically human reality, which goes beyond the mere biological relationship. Philosophical anthropology outlines some intuitions that show this specificity: 1. The incongruence of the male and female excitation curves. 2. The absence of periods of estrus. 3. The difference between arousal and emotion (25).

The phenomenon of caresses also shows us that sexuality is not mere genitality. It is not a simple touching, as I can touch a table or the keys of a computer. It is a touch with a meaning, an affectivity. However, it is still something physical; I touch the other person in his or her body.

4.3. *Marital unity*

The anthropological subject of fertility or infertility is not the isolated man, nor only the woman; it is the man-woman union, marriage. “For this reason a man shall leave his father and mother and be joined to his wife, and the two shall become one flesh”, we read in the book of Genesis (2:24). Beyond the religious content of this statement, we find a reality that we experience daily in our lives. In marriage, what happens to one spouse also affects the other.

Many married couples, when they tell their friends that they are expecting a child, say the phrase “We are pregnant”. Are they really? Strictly speaking, it is the wife who is pregnant, not the husband. However, it is a reflection, almost natural, of that marital unity.

5. Ethical analysis

Having seen the data, the concrete facts, and after having analyzed the anthropological subject protagonist of the facts, let us briefly analyze the ethical implications of this “problem” and the appropriateness of the response offered by Naprotechnology.

Ethics or morality is usually identified with doing good or doing bad. We know, moreover, that human beings are always motivated by the good. If there is no good, the motor of our will does not move, does not act. Ethics is, at its root, the science of choosing the best good, the highest good, and the integral good. Aristotle, in his *Nicomachean Ethics*, starts from an observation, beyond the choice between good and evil. “All men, by nature, seek happiness (26)”. Ethics is the choice of the end that brings us closer to an integral happiness.

Joseph de Finance, in his manual of *Etica Generale*, studies ethics from personal experience; he analyzes for this purpose the phenomenology of moral value. A value is that which attracts us, based on the good that we recognize in things. Having a child, for example, attracts us as an end because we recognize a good in it. De Finance speaks of the existence of a hierarchy of values (27) (of goods, of ends) that guides our actions: subhuman values, inframoral human values, moral values and religious, spiritual values. Similarly, we can affirm that from Naprotechnology arise human goods (the child, health), moral goods (marriage) and spiritual goods.

5.1. *The good of the child*

It is legitimate and fully understandable that a married couple wishes to have offspring. Children are always seen as a good, and in this perspective, Naprotechnology is helping many couples to make this desire a reality. In addition, this with full respect for the dignity of every human being, in the respect for life and in the way it is engendered.

5.2. The good of physical health

An important goal for this science is the physical health of both the woman and the man. As we said earlier, infertility is not a disease but a symptom, a warning that, quite probably, some physical, bodily element is not functioning properly.

In medical, nursing and pharmacy schools, there is a strong emphasis on preventive medicine, and the result of this orientation are numerous public health campaigns. Why not also apply it to sexual health, to true sexual health, beyond the ideological use that is often made of this term?

5.3. The good of marital health

Difficulties unite us in a special way with those with whom we have shared them. In addition, infertility/sterility problems affect in a special way the relationships between spouses, straining or strengthening them. Naprotechnology, by its very respectful and constructive dimension of marriage, helps to face this situation as an issue that affects both spouses, and in which both walk together.

5.4 The spiritual good of man

Man, in his inner self, recognizes when he has acted well and when he has not. He has a conscience that gives him a practical judgment about his actions. In addition, he knows when he has acted respecting his nature as an incarnated spirit, and when he has allowed the physical, bodily part to dominate the transcendent, spiritual part. We understand as human health that which derives from this specificity of man and his nature. Naprotechnology, by respecting the human laws that we discover in his nature, leaves in his conscience the satisfaction of having done things well.

5.5. *Ethics put into practice*

The good is not a pure entity of reason, the destination of our intellectual contemplation. The good is that which attracts the will and impels it to act. Therefore, this ethical analysis must lead to concrete realities, either to facilitate the diagnoses offered by Naprotechnology, or in the realization of the treatments indicated for such diagnoses.

6. Conclusion

We have started from the phenomenon of declining birth rate and fertility. It seems that what Javier Marqueta stated more than 10 years ago is still very topical: social changes, among which the new roles of women and the accessibility of contraception stand out, are leading to a decrease in the birth rate and a delay in the age at which women have their first child (28).

We have been deepening, thanks to the triangular method, the anthropological and ethical meaning of Naprotechnology, highlighting its positive aspects for the integral development of the human being. We are now left with the practical application of what we have analyzed. In this light, we can affirm that following the path of Naprotechnology in the approach to infertility/sterility problems offers a series of benefits for physical health and human procreation itself. This medical subspecialty, moreover, respects the anthropological nature of the subject, both the subject-individual and the subject-marriage, protecting the physical and emotional unity of the conjugal act. It provides, at the same time, integral and elevated goods, even in those circumstances in which the expected child does not arrive. It is, therefore, a very positive response to the reality of infertility/sterility.

References

1. Eurostat. Total fertility rate [Internet]. Luxemburgo: 2021 [Accessed 2021 Ago 29]. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table?lang=e>
2. Organización de las Naciones Unidas. Infertilidad [Internet]. 2022 [Accessed 2022 Ago 29]. Available at: https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1
3. García R. Estudio de nuevos marcadores de infertilidad masculina [doctoral thesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2018 [Accessed 2022 Ago 29]. Available at: <http://hdl.handle.net/10486/684219>
4. Rodríguez M. Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. MEDISAN. 2016; 20(10):2294-2297.
5. Ramírez A, Cala A, Fajardo D, Grave de Peralta R. Factores causales de infertilidad. Rev Información Científica. 2019; 98(2). <http://www.revinformacion.sld.cu/index.php/ric/article/view/2235>
6. Sgreccia E. Manuale di Bioética. Milano: Vita e Pensiero; 1999.
7. Stanford J, Smith K, Varner M. Impact of instruction in the Creighton model fertility-care system on time to pregnancy in couples of proven fecundity: results of a randomised trial: Creighton model and time to pregnancy. Paediatr Perinat Epidemiol. 2014; 28(5):391-9. <https://doi.org/10.1111/ppe.12141>
8. Stanford J, Porucznik C. Enrollment, childbearing motivations, and intentions of couples in the Creighton Model Effectiveness, intentions, and Behaviors Assessment (CEIBA) study. Front Med. 2017; 4:147. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00147>
9. Tham E, Schliep K, Stanford J. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian family practice. Can Fam Physician. 2012; 58(5):e267-74.
10. Carrión V, Fabrés V. El misterio de la fecundidad en el matrimonio infértil. Hombre y mujer los creó [Internet]. 2019 [Accessed 2019 Jul 7]. Available at: <https://jp2madridd.es/index.php/aula-abierta/hombre-y-mujer-los-creo/634-hom-muj-19038>
11. Gallo P, Tham J. Medicina y Ética. 2022; 33(1):205. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n1.05>
12. Boyle P, de Groot T, Andralojc K, Parnell T. Healthy singleton pregnancies from restorative reproductive medicine (RRM) after failed IVF. Front Med. 2018; 5:210. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00210>
13. Organización Mundial de la Salud, Salud sexual [Internet]. 2022 [Accessed on 2022 Ago 29]. Available at: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
14. Valdés, M. Aplicación del conocimiento de la fertilidad humana para buscar embarazo: resultados en el ámbito clínico [doctoral thesis]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. 2012:26-29.
15. Agarwal A, Majzoub A, Esteves S, Ko E, Ramasamy R, Zini A. Clinical utility of sperm DNA fragmentation testing: practice recommendations based on clinical scenarios. Transl Androl Urol. 2016; 5(6): 935-950.

16. Hilgers T, Prebil A. The ovulation method: Vulvar observations as an index of fertility/infertility. *Obstetrics & Gynecology*. 1979; 53(1):12-22.
17. Hilgers T. *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology*. Omaha, Nebraska: Pope Paul VI Institute Press; 2004.
18. Boyle P, Stanford J. Naprotechnology (natural procreative technology), a multifactorial approach to the chronic problem of infertility. *Psu.edu*. 2011; 21(3):61-68.
19. Horodenchuk Z, Furman O, Datsko H. Restorative reproductive medicine for infertility and recurrent miscarriage in the outpatient ob/gyn practice in Ukraine. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*. 2020; 43(3):442-61. <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/5411>
20. Stanford J, Parnell A, Boyle P. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*. 2008; 21(5):375-384. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2008.05.070239>
21. Vaquero J, Mena M, Marcos H. La ayuda que ofrece la Naprotecnología para afrontar la infertilidad/esterilidad de modo médico y acorde con una sana antropología. *Cuad Biot*. 2019; 30(100):338. <https://doi.org/10.30444/CB.43>
22. Carrión V. *La Naprotecnología y más allá. Caminos de esperanza ante la infertilidad*. Barcelona: Carena; 2021.
23. Lucas R. *El hombre, espíritu encarnado*. Madrid: Atenas; 1993.
24. Para profundizar en esta cuestión aconsejamos el tratamiento realizado por Lucas R. *Antropología y problemas Bioéticos*. Madrid: BAC; 2001.
25. Lucas R. *El hombre, espíritu encarnado*. Madrid: Atenas; 1993.
26. Aristóteles, *Etica Nicómaco*. I(7):1097b-1098a.
27. Finance J. *Etica generale*. Bari: Tipografia Medirionale; 1989.
28. Marqueta J, Hernandez J, Luceño F, Cabell Y, Fernandez Shaw S, Vidal E. Reflexiones en torno a la evolución de la salud reproductiva y de los tratamientos de reproducción asistida en España a la luz del Registro de actividades de la Sociedad Española de Fertilidad. *Salud sexual y reproductiva. Aspectos científicos, éticos y jurídicos*. Madrid: Comares; 2010.

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida

Bioethics: vulnerability and responsibility at the beginning of life

Marcela Garibay López*

Consultorio Médico Especializado La Piedad, Michoacán, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.06>

De la Torre Díaz, Francisco. *Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida.* Madrid: Dykinson; 2016.

El libro *Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida*, fue escrito por Francisco Javier de la Torre Díaz, director de la Cátedra y del Máster de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, en donde el autor expone e invita al diálogo sobre temas controversiales que involucran a los más vulnerables que muchas veces no tienen voz. Hace un recorrido a través del tiempo, con un matiz respetuoso y desde un punto de vista ético, laico y teológico.

Cuenta con siete capítulos que tienen como eje común la estructura de una perspectiva reflexiva en donde se engloban temas sobre:

* Médico general. Correo electrónico: garibay_marcela@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9963-4473>

Recepción: 04/07/2022 Aceptación: 12/07/2022

el embrión, el aborto, técnicas de reproducción asistida, manipulación genética y clonación. Principalmente está dirigido a alumnos de maestría y doctorado en bioética, médicos, filósofos y teólogos; pero puede ser de interés común para conocedores, pero también para principiantes en el conocimiento bioético, ya que el autor permite la apertura al entendimiento sobre temas que involucran la dignidad del ser humano.

Inicia el primer capítulo titulado “Bioética. Historia, interdisciplinariedad e instituciones” (pp.19-84) con un recuento histórico que ilustra la evolución de la bioética a través del tiempo, contextualizando sucesos presentes (pp.19-30). De esto se sujeta para dar pie al cambio en la sociedad que ha provocado la invasión del tecnicismo y la burocracia en las instituciones de salud, las cuales nacen de la lucha contra los límites tecnológicos, económicos y jurídicos propios de la medicina (mediaciones inevitables para el ejercicio de la medicina) que, al carecer de una estructura adecuada y/o al quebrantarlos, ocasionan el abandono de los valores y permiten la Institucionalización de la bioética.

A fin de orientar y establecer una postura, de la Torre Díaz en el capítulo “El embrión humano en la fase de preimplantación” (pp.85-132) aborda el estatuto del cigoto. Recalca que “la fecundación es el momento clave para hablar de individuo humano y persona humana” (p.106), ya que, como resultado de la fusión del material genético materno y paterno se da origen a un genoma individual, es decir, un nuevo ser humano o “un nuevo sistema y no la suma de dos subsistemas” (p.106).

Entre los aspectos que llaman la atención, es la invitación hacia los lectores a seguir reflexionando y replantearse el contexto del embrión preinplantatorio en el “papel de la genética, información extracigótica, el tema de las pérdidas, la potencialidad, la individualidad, la teleología, la dependencia y la fragilidad” (p.115) y con ello hacer un cambio en la actitud moral que tomamos referente a estos planteamientos.

En los siguientes capítulos, comienza la reflexión y se exponen los argumentos que definen a la obra; en el capítulo “El aborto” (pp.133-171), a pesar de centrarse en datos europeos, España princi-

palmente, es acertada la exposición de datos francos sobre la realidad de este porque, aunque puede existir una pequeña variación con respecto a las cifras de México, las causas que yacen en el fondo son más similares de lo que pensamos. Dado que la problemática proviene directamente de la vulnerabilidad, la cual puede ser mental o económica, ejemplo de ello es la violencia y marginación social en las comunidades; el autor propone como alternativa para la denominada “derrota social” (p.135), “la defensa de la vida naciente y protección de toda mujer gestante” (p.135) de acuerdo con la Declaración de la Universidad Pontificia Comillas (junio 2014), así como “medidas de política familiar, vivienda, empleo, migración y adopción” (p.135) reafirmando su postura a favor de la protección de la vida.

Además, al abordar la postura del magisterio de la iglesia, no muestra únicamente la radicalidad y prohibición, de igual manera, explica que existe apertura al diálogo, acogimiento y misericordia. El papa Juan Pablo II, lo expone en la encíclica *Evangelium Vitae* 99: “La iglesia sabe cuántos condicionamientos pueden haber influido en vuestra decisión, y no duda de que muchos casos se han tratado de una decisión dolorosa e incluso dramática” (p.172) y agrega, “el padre de toda misericordia os espera para ofrecer os su perdón y su paz en el sacramento de la reconciliación” (p.173).

Por otro lado, al entrar a los temas de “Las técnicas de reproducción medicamente asistida” (pp.81-241), “Manipulación genética y diagnóstico genético” (pp.243-326) y “La clonación” (pp.327-341), se puede ver la contraparte del aborto, donde se observan parejas y personas buscando ser padres desde la esperanza y la angustia.

Es acertada la paradoja que se enuncia en el texto que hace el biólogo Lejeune sobre el ejercicio de la sociedad actual y los logros de la fertilización humana *Sex without babies* y *babies without sex* (p.183). Pese a esta situación, es importante evitar realizar un juicio moral, más bien, habrá que optar por la educación y orientación para la toma de una decisión más acertada, considerando el contexto e incluyendo valores éticos y morales.

El tema de las técnicas de reproducción asistida representa una de las causas más controversiales de debate en la actualidad, ya que

se muestra una conformidad entre los ordenamientos jurídicos sobre que “la vida no puede convertirse en un negocio lucrativo, pues termina siendo instrumento de explotación física, emocional y económica” (p.216). En tema de manipulación genética y clonación, la disyuntiva entre argumentos radica nuevamente al querer sobrepasar los límites de la naturaleza y olvidarse de realizar una valoración ética, ocasionando que se atente en contra de la dignidad humana.

Finalmente, en el último capítulo “Control de Natalidad y Anti-concepción” (pp. 353-381), el autor refleja su postura, que se inclina hacia el magisterio de la iglesia, exponiendo diversos documentos y argumentos sobre la anticoncepción, donde principalmente muestra cierto rechazo por su carácter antinatural y egoísta.

Hay que considerar que al encontrarnos en un mundo tan fragmentado y en constante cambio social, este libro aporta una mirada a posturas atemporales con razonamientos que muchas veces se pasan por alto; sin embargo, el tema sobre los Organismos Modificados Genéticamente (OMG) podría ampliarse. Por otro lado, se enuncia la necesidad de límites y regulaciones más acertadas en la investigación, y en lo relativo a avances tecnológicos dentro de la práctica médica, así como nos proporciona la oportunidad de iniciar un diálogo respetuoso, en el que no se tenga temor al juicio.

En conclusión, la lectura y análisis de este trabajo reitera la importancia de reflexionar acerca de la vulnerabilidad de los individuos no nacidos y de las cuestiones de bioética involucradas en temas de clonación, manipulación genética, técnicas de reproducción asistida y aborto. Es importante minimizar la importancia de los no nacidos y promover un diálogo abierto para entender la relevancia que tienen y tendrán en la sociedad. Ajustando estrategias que escuchen ambas posturas que beneficien y protejan siempre al más vulnerable.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Bioethics: vulnerability and responsibility at the beginning of life

Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida

Marcela Garibay López*

Consultorio Médico Especializado La Piedad, Michoacán, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.06>

De la Torre Díaz, Francisco. *Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida.* Madrid: Dykinson; 2016.

The book *Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida*, was written by Francisco Javier de la Torre Díaz, director of the Chair and Master of Bioethics at Comillas Pontifical University, where the author exposes and invites to dialogue on controversial issues involving the most vulnerable who often have no voice. He makes a journey through time, with a respectful nuance and from an ethical, secular and theological point of view.

It has seven chapters that have as a common axis the structure of a reflective perspective where the following topics are included: the

* Medical general. Email: garibay_marcela@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9963-4473>

Reception: 04/07/2022 Acceptance: 12/07/2022

embryo, abortion, assisted reproduction techniques, genetic manipulation and cloning. It is mainly addressed to master and doctorate students in bioethics, physicians, philosophers and theologians; but it can be of common interest to connoisseurs, as well as beginners in bioethical knowledge, since the author allows the opening to the understanding of topics that involve the dignity of the human being.

The first chapter entitled “Bioethics. History, interdisciplinarity and institutions” (pp.19-84) with a historical account that illustrates the evolution of bioethics over time, contextualizing current events (pp.19-30). This is subject to give rise to change in society that has caused the invasion of technicality and bureaucracy in health institutions, which are born from the fight against the technological, economic and legal limits of medicine (inevitable mediations for the practice of medicine) that, lacking an adequate structure and/or breaking them, cause the abandonment of values and allow the Institutionalization of bioethics.

To orient and establish a position, de la Torre Díaz in the chapter “The human embryo in the preimplantation phase” (pp.85-132) deals with the status of the zygote. He stresses “fertilization is the key moment to speak of human individual and human person” (p.106), since, because of the fusion of maternal and paternal genetic material, an individual genome is created, that is, a new human being or “a new system and not the sum of two subsystems” (p.106).

Among the aspects that attract attention, is the invitation to readers to continue reflecting and rethinking the context of the preimplantation embryo in the “role of genetics, extrazygotic information, the issue of losses, potentiality, individuality, teleology, dependence and fragility” (p.115) and thus make a change in the moral attitude we take regarding these approaches.

In the following chapters, the reflection begins and the arguments that define the work are exposed; in the chapter “Abortion” (pp.133-171), despite focusing on European data, mainly Spain, the exposition of frank data on the reality of it is correct because, although there may be a small variation with respect to the figures from Mexico, the underlying causes are more similar than we think.

Since the problem comes directly from vulnerability, which can be mental or economic, an example of this is violence and social marginalization in communities. The author proposes as an alternative to the so-called “social defeat” (p.135), “the defense of unborn life and protection of all pregnant women” (p.135) in accordance with the Comillas Pontifical University Declaration (June 2014), as well as “family policy measures, housing, employment, migration and adoption” (p.135) reaffirming their position in favor of the protection of life.

In addition, when addressing the position of the magisterium of the church, it does not only show radicalism and prohibition, in the same way, it explains that there is openness to dialogue, acceptance and mercy. Pope John Paul II exposes it in the encyclical *Evangelium Vitae* 99. “The church knows how many conditions may have influenced your decision and does not doubt that many cases have involved a painful and even dramatic decision” (p.172) and adds, “the father of all mercy awaits you to offer you his forgiveness and his peace in the sacrament of reconciliation” (p.173).

On the other hand, when entering the topics of “Medically assisted reproduction techniques” (pp.181-241), “Genetic manipulation and genetic diagnosis” (pp.243-326) and “Cloning” (pp.327-341), you can see the counterpart of abortion, where couples and people looking to be parents from hope and anguish are observed.

The paradox enunciated in the text by the biologist Lejeune on the exercise of today’s society and the achievements of human fertilization *Sex without babies* and *babies without sex* (p.183) is correct. Despite this situation, it is important to avoid making a moral judgment, rather, it will be necessary to opt for education and guidance to make a more accurate decision, considering the context and including ethical and moral values.

The issue of assisted reproduction techniques represents one of the most controversial causes of debate today, since it shows agreement between legal systems that “life cannot become a lucrative business, since it ends up being an instrument of physical, emotional and economic exploitation.” (p.216). Regarding genetic manipula-

tion and cloning, the dilemma between arguments lies again in wanting to exceed the limits of nature and forgetting to carry out an ethical assessment, causing an attack against human dignity.

Finally, in the last chapter “Birth Control and Contraception” (pp.353-381), the author reflects his position, which leans towards the magisterium of the church, exposing various documents and arguments on contraception, where he mainly shows a certain rejection for its unnatural and selfish character.

Consider that when we find ourselves in a world that is so fragmented and in constant social change, this book provides a look at timeless positions with reasoning that is often overlooked; however, the topic of Genetically Modified Organisms (GMOs) could be expanded. On the other hand, it states the need for more accurate limits and regulations in research, and in relation to technological advances within medical practice, as well as providing us with the opportunity to start a respectful dialogue, in which there is no fear of judgment.

In conclusion, the reading and analysis of this work reiterates the importance of reflecting on the vulnerability of unborn individuals and the bioethical issues involved in cloning, genetic manipulation, assisted reproductive techniques and abortion. It is important to minimize the importance of the unborn and promote an open dialogue to understand the relevance they have and will have in society. Adjusting strategies that listen to both positions that always benefit and protect the most vulnerable.

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



La eutanasia y el suicidio asistido

Euthanasia and assisted suicide

José Enrique Gómez Álvarez*

Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV),
Santiago de Querétaro, México.

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.07>

Carreño, Juan Eduardo (Editor). *La eutanasia y el suicidio asistido*. Pamplona: EUNSA; 2021.

La presente obra consta de nueve capítulos que acercan al lector a dos temas controvertidos: la eutanasia y el suicidio asistido. Los autores se oponen a dichas cuestiones por diversas razones que pueden resumirse a argumentos de tipo ontológico, como la finalidad perfecta de la naturaleza humana y la libertad como elección de medios que lleven a la perfección entitativa, asuntos de naturaleza práctica, por ejemplo; la implementación de cuidados paliativos como opción a la eutanasia. El primer capítulo, “Introducción: La libertad de vivir” de Ismael Correa (pp.13-27) parte de la concepción clásica, entendida como aristotélica-tomista, de la libertad y de los grados de perfección de los vivientes, para insistir que la libertad no es la mera autonomía, sino una elección entre medios hacia un fin perfecto que el hombre no elige:

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Profesor e investigador del Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV). Correo electrónico: jegomezalvarez@yahoo.com <https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Recepción: 09/09/2022 Aceptación: 19/09/2022

Lo que perfecciona a un ser es aquello que lo acaba o termina en lo que respecta a su propia naturaleza, por tanto, si bien una persona puede elegir múltiples fines sólo la elección de aquellos que se correspondan con su naturaleza constituirá un fin constructivo o perfectivo (p.20).

Un supuesto, no probado por el autor, es la existencia de una naturaleza humana y de una teleología de la naturaleza.

El segundo capítulo, titulado “Dos mitos sobre la eutanasia y el suicidio asistido” (pp.29-47) escrito por Alejandro Miranda, busca refutar la idea de que la oposición a la eutanasia y el suicidio asistido se da por razones religiosas. El otro mito que busca eliminar es el que se opone a la eutanasia y promueve la generación de encarnizamiento terapéutico. El capítulo tiene el gran valor de resumir las argumentaciones a cuatro silogismos categóricos simples que permiten hacer el análisis, premisa por premisa. Así, por ejemplo, el primero es:

Premisa 1: La persona está dotada de valor intrínseco.

Premisa 2: No existe una distinción real entre la vida de una persona y la persona misma.

Conclusión: La vida de una persona está dotada de valor intrínseco (p.31).

El autor aprueba la primera premisa apelando a que el concepto de dignidad, por un lado, es reconocido por diversas corrientes filosóficas, que incluso son dispares entre sí, como el tomismo y el kantismo. Además, la propia naturaleza racional del hombre es la que permite autodeterminarse. La segunda premisa se demuestra considerando que la noción de vida y ser no pueden separarse, la distinción entre persona y vida da lugar a un dualismo que es indefendible.

El capítulo también aboga que el encarnizamiento terapéutico no se infiere de la oposición a la eutanasia. En este caso, el autor presenta el siguiente silogismo:

Premisa 1. El deber de conservar la vida es un valor positivo.

Premisa 2: Un deber positivo no puede ser absoluto.

Conclusión: El deber de conservar la vida no puede ser absoluto (p.39).

De un modo semejante al primer ejemplo citado, se analiza la verdad de las premisas para obtener la conclusión.

En el tercer capítulo, “Eutanasia: ¿vidas indignas de ser vividas?” (pp.49-93) de Gonzalo García y Rodrigo Guerra, se estudian a detalle los presupuestos teóricos y las dificultades en el ámbito del Derecho, en particular el de Chile, para despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido. Los autores señalan la visión de la autonomía como criterio para permitir la eutanasia y el suicidio asistido, lo que lleva a paradojas desde el punto de vista de una justificación jurídica. También se analiza la doctrina del doble efecto en relación con este tema.

En el cuarto capítulo, “Suicidio asistido, autodeterminación e influencia social: una aproximación empírica desde la salud mental y las ciencias sociales” (pp.95-116), Cristian G. Rodríguez y Aaron D. Kheraty buscan: “... examinar los fundamentos empíricos de dos supuestos presentes en la argumentación basada en la autonomía” (p.96). En este capítulo, los autores son prudentes en sus conclusiones, por ejemplo, no confundiendo correlación estadística con causa-efecto. No obstante, proporcionan argumentos de alta probabilidad de que el suicidio no es enteramente racional, como supondría una defensa del suicidio asistido, y que la acción suicida sí tiene efectos a terceros. El suicidio asistido más que ampliar perspectivas a la persona que sufre, le estrecha las opciones ante el dolor y el sufrimiento en el límite de lo insoportable.

La evidencia empírica apunta a que el suicidio asistido genera un efecto de imitación y “contagio”. Los autores citan múltiples estudios que muestran que hay un incremento en estos actos cuando se difunde algún suicidio, por ejemplo, de alguna celebridad pública. También se da el efecto contrario o protector al suicidio. Los autores exponen casos mediáticos que muestran tanto la influencia negativa de impulsar el suicidio como ejemplos positivos de personas que han superado la idea suicida y eso produce que otras personas desistan de realizarlo.

En el capítulo “Muerte digna, estigma y suicidio asistido” (pp.117-136), Matías Petersen y Pablo Valderrama tratan de demostrar que:

... entender la eutanasia como sinónimo de compasión es errado. En concreto, argumentaremos que respecto al paciente terminal o aquel que sufre un dolor intolerable, la eutanasia no es expresión de compasión de la sociedad para con él, sino que se trata de un acto discriminatorio que el grupo social realiza en contra de la persona (p.118).

Lo anterior se logra utilizando dos categorías: el “estigma social” de Erving Goffman y el “suicidio egoísta” de Émile Durkheim.

Con la primera categoría, los autores tratan de demostrar que la autopercepción del paciente terminal no solo depende de él mismo, sino que está al menos parcialmente condicionado a las categorizaciones del grupo social al que pertenece. Los grupos sociales clasifican a sus miembros y la propia identidad del sujeto se realiza en un entorno social determinado, lo que hace que la percepción personal no sea totalmente autónoma. A las personas, en nuestro mundo occidental se les ha promovido una visión de desarrollo para el éxito. El paciente terminal no cumple con esas expectativas, es estigmatizado y, en consecuencia, discriminado:

...el paciente terminal, o quien sufre de un dolor abrumador producto de una enfermedad no tratable, carece de los medios que le permitan reparar completamente su estigma... Se trata de un estigma irreversible que pone en entredicho su propia condición humana, al verse completamente impedido de satisfacer la expectativa social que pesa sobre él (p.124).

En cuanto la categoría del “suicidio egoísta” puede resumirse en que el paciente ha perdido su lugar en alguna categoría socialmente relevante, lo que hace que su petición de suicidio no sea por el bien social, sino por la exclusión en ésta. Otro problema señalado por los autores es ¿por qué limitar la eutanasia a casos terminales si el criterio de decisión es la autonomía? Los autores proponen que el mejor camino para evitar la eutanasia es reconocernos mutuamente dependientes en distintos momentos de nuestra vida y reconocer también, que a veces, se presentan estados de indigencia en la vida humana en

donde no se puede dar nada a cambio del cuidado recibido. Lo anterior lleva a no excluir a las personas en una categoría social que las orillen a buscar la muerte como salida a su situación.

En el sexto capítulo, “Eutanasia: una perspectiva médica” (pp.137-159) de Matías Ubilla Silva se plantea como tesis central que la eutanasia no puede constituirse en un acto médico. Dicho de otro modo, no puede constituirse la eutanasia como uno de los propósitos de la medicina:

La eutanasia, al terminar con la vida de la persona enferma, la priva de un bien humano básico y fundamental, y constituye por ende una vulneración del principio de no maleficencia, uno de los pilares de la práctica médica (pp.143-144).

Otro problema con la medicina es que la relación médico paciente queda afectada por esta práctica. Los pacientes, sobre todo los que están en estado de vulnerabilidad, podrían desconfiar de los médicos al pensar que ellos considerarían la eutanasia como la mejor opción sin haber agotado todas las posibilidades de apoyo y asistencia.

El autor señala que no debe haber encarnizamiento terapéutico y eso se logra realizando un juicio de proporcionalidad de costo beneficio en los tratamientos de los pacientes. También revisa los casos de la hidratación y nutrición como parte de los cuidados de una persona en estado terminal. Ubilla Silva señala que son cuidados básicos que no pueden suspenderse en la mayoría de los casos.

En cuanto al tema de los cuidados paliativos se señala que se presentan como una opción a la eutanasia, en cuanto que eliminan los síntomas que generan sufrimiento al enfermo. Dentro de los cuidados paliativos están la analgesia y la sedación paliativa. Estas últimas, aunque pueden acelerar la muerte (sin buscarla directamente), cumplen los criterios del voluntario indirecto y por lo tanto son acciones lícitas.

Posteriormente se aborda el caso de la aprobación de la eutanasia en Holanda. El autor señala que se generó una “pendiente resbaladiza” ya que se inició la aplicación de la eutanasia a pacientes con un

sufrimiento intolerable y sin perspectivas de mejora, y posteriormente se extendió a otros casos, como el del paciente que teme a un mal futuro, como la demencia, o a casos no terminales como pueden ser los trastornos mentales. Otras dos críticas al caso holandés son: 1) el no realizar una verificación del estado mental de los pacientes que solicitan la eutanasia, ya que solo en un 3% de los casos se consulta a un psiquiatra; y 2) la vigilancia de los procedimientos se da por un sistema de autorreporte del médico, que no garantiza eliminar los casos de mala práctica médica.

El séptimo capítulo, “Los cuidados paliativos, una respuesta al desafío de la eutanasia” (pp.161-185) de Ximena Farfán, se estudian los cuidados paliativos (CP) como la opción frente a la eutanasia. Se reseña brevemente el origen de esta práctica tanto en el mundo como en Chile. Son candidatos a ellos los pacientes que no se les puede ofrecer opciones terapéuticas curativas y que precisan de cuidados especializados multidisciplinarios de por vida. Lo anterior se aplica, sobre todo, en enfermedades crónico-degenerativas. La autora cita seis principios que deben guiar la práctica de los CP: inviolabilidad de la vida humana, veracidad, proporcionalidad terapéutica, doble efecto, prevención y, por último, el principio de no abandono. La autora hace énfasis también en la necesidad de acompañamiento espiritual de los pacientes.

Los CP en esencia, se oponen a la eutanasia. Al respecto la autora señala:

En el fundamento antropológico y ético de los CP reside una opción declarada por la vida, y una comprensión del proceso de morir como parte integral del itinerario vital... ni la aceleración intencional de la muerte, ni su postergación mediante recursos artificiales y desproporcionados tienen cabida en una medicina paliativa bien entendida. Visto así el problema, la eutanasia y el ensañamiento terapéutico son esencialmente ajenos a los CP (p.173).

La autora comenta que los CP apropiados, con un buen control de síntomas, evitan el sufrimiento psicológico, espiritual y físico

y son esenciales para disminuir o desaparecer las peticiones de eutanasia.

Se comenta también la importancia de evitar el encarnizamiento terapéutico. Se plantea que la utilización de la sedación paliativa es lícita moralmente. La familia debe tener una participación activa en los CP que requieren cuidados. Se han detectado algunas dinámicas familiares contraproducentes como son: la conspiración del silencio como un “acuerdo tácito por parte de la familia, amigos y/o profesionales para alterar la información sobre el diagnóstico, pronóstico y/o gravedad de la situación del paciente” (p.178). Lo anterior puede generar angustia y confusión. Otra situación familiar es el cansancio del cuidador primario, que puede llevar a la incapacidad de la familia de atender las necesidades de los pacientes. Por último, el abandono de los pacientes en hospitales o asilos. También la sociedad en su conjunto debe cooperar en el cuidado de los mismos. Los CP, señala la autora al final del capítulo, deben ser “una prestación universal para todos los pacientes que los requieren” (p.181).

En el octavo capítulo, “Familia: lugar de cuidado de la vida” (pp.187-207) de Jimena Valenzuela se expone el papel del cuidado de los pacientes por la familia. La familia es el núcleo que permite la formación del ser humano: “La familia es el ámbito natural para que se dé esa experiencia vital, desde la cual puede proyectarse a otras dimensiones y aspectos del tejido social y de la comunidad política” (pp.190-191). El amor en la familia es crucial en el desarrollo humano. El cuidado se da en el amor y principalmente en la familia y se pone en peligro cuando la sociedad es individualista y utilitaria y el “horizonte vital se vuelve estrecho, especialmente cuando nos enfrentamos al sufrimiento, el dolor y la incapacidad” (p.196). Uno de los problemas actuales es que muchas personas, sobre todo adultos mayores viven en soledad. Eso ha contribuido a la presión para legalizar la eutanasia. Cuidar es difícil ya que implica ser integral y requiere delicadeza y consideración. El arte de cuidarnos no solo se realiza en el cuerpo sino en el respeto de la libertad del enfermo, comprender sus emociones y tener un acompañamiento empático.

Asimismo, se debe ser veraz con el enfermo y a la vez prudente al informarle de su condición. También en el cuidado hay que considerar el cuidado del cuidador, debido al enorme desgaste que se produce en atender a una persona discapacitada o con una dolencia terminal. Dentro de las conclusiones la autora apunta:

El sentido común nos dice que todas las personas tienen una dignidad por el hecho de ser tales... Este principio debe arraigar en nuestra sociedad para comprender el valor irreductible de todo ser humano. Sobre todo, debe calar profundamente en la familia, lugar primario de formación. Es ahí donde cada persona debe sentirse valiosa e insustituible (p.204).

En el último capítulo, “Eutanasia: entre el temor a la muerte y la misericordia” (pp.209-227) de Antonio Amado se apunta que: “El problema moral de la eutanasia se puede considerar atendiendo al nexo entre la muerte y el pecado a la luz de la fe cristiana” (p.209). El autor reflexiona a partir, entre otras fuentes, de la Escritura y del Catecismo de la Iglesia Católica. Señala el autor: “El pecado introduce “división” en el ser mismo del hombre y en sus facultades naturales, escinde la comunión con los demás, destruye la relación del hombre con la naturaleza creada y conduce al olvido de Dios” (p.213). Cristo con su victoria ante la muerte cambia la perspectiva que tiene el hombre sobre la misma: “Venciendo Cristo al pecado desde la entraña misma de la muerte, la muerte se convierte ahora en el lugar para el encuentro con Dios” (p.222). La Iglesia continúa la misión de Cristo y debe así “...procurar que cada hombre pueda “morir en Cristo” y, por ende, aceptar voluntariamente la propia muerte” (p.223). Hay una importancia central en el ejercicio de la misericordia, sobre todo de las personas que parecen tener menor valor. Apelar a la misericordia permite reconocer la dignidad de la persona merecedora de ser amada.

El libro demuestra que el concepto de eutanasia no es sencillo. El texto es abundante en referencias, cubre el panorama teórico y práctico de los argumentos, resulta ser una magnífica actualización de

J. E. Gómez

este tema y una fuente útil para conocerlo y ampliarlo, sobre todo, para los opositores del mismo.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.



Euthanasia and assisted suicide

La eutanasia y el suicidio asistido

José Enrique Gómez Álvarez*
Center for Advanced Social Research (CISAV),
Santiago de Querétaro, México.

<https://doi.org/10.36105/mye.2023v34n1.07>

Carreño, Juan Eduardo (Editor). *La eutanasia y el suicidio asistido*. Pamplona: EUNSA; 2021.

The book consists of nine chapters that make an approach to euthanasia and assisted suicide. The authors oppose it for various reasons. The reasons can be summarized to questions of an ontological nature, such as the perfective finality of human nature and freedom as a choice of means leading to entitative perfection, arguments of a practical nature, for example, the implementation of means, such as palliative care, as an option to euthanasia.

The first chapter, “Introduction: The freedom to live” by Ismael Correa (pp.13-27) starts from the classical conception, understood as Aristotelian-Thomistic, of freedom and the degrees of perfection of the living, to insist that freedom is not mere autonomy, but a choice between means towards a perfective end that man does not choose.

What perfects a being is that which finishes or ends him with respect to his own nature, therefore, although a person can choose multiple ends,

* Doctor of Philosophy from the University of Navarra. Professor and researcher at the Center for Advanced Social Research (CISAV). E-mail: jegomezalvarez@yahoo.com
<https://orcid.org/0000-0002-8964-2207>
Reception: 09/09/2022 Acceptance: 19/09/2022

only the choice of those that correspond to his nature will constitute a constructive or perfective end (p.20).

An assumption, not proven by the author, is the existence of a human nature and a teleology of nature.

The second chapter, “Two myths about euthanasia and assisted suicide” (pp.29-47) by Alejandro Miranda seeks to refute the idea that opposition to euthanasia and assisted suicide is for religious reasons. The other myth he seeks to dispel is that those who oppose euthanasia promote the generation of therapeutic incarceration. The chapter has the great value of summarizing the arguments in simple categorical syllogisms that allow the analysis premise by premise (in fact, four syllogisms are presented). Thus, for example, the first is:

Premise 1: The person is endowed with intrinsic value.

Premise 2: There is no real distinction between a person's life and the person himself.

Conclusion: A person's life is endowed with intrinsic value (p.31).

The author proves the first premise by appealing to the fact that the concept of dignity, on the one hand, is recognized by various philosophical currents, which are even disparate among themselves, such as Thomism and Kantism. Moreover, man's own rational nature allows him to be self-determining. The second premise is demonstrated, according to the author, in that the notion of life and being cannot be separated; the distinction between person and life gives rise to a dualism that is indefensible. The chapter also argues that therapeutic incarceration is not inferred from opposition to euthanasia. In this case, the author presents the following syllogism:

Premise 1: The duty to preserve life is a positive value.

Premise 2: A positive duty cannot be absolute.

Conclusion: The duty to preserve life cannot be absolute (p.39).

In a similar way to the first example cited, the truth of the premises is analyzed to obtain the conclusion.

The third chapter, “Euthanasia: lives unworthy of being lived?” (pp.49-93) by Gonzalo García and Rodrigo Guerra studies in detail the theoretical assumptions and difficulties in the field of law, particularly in Chile, to decriminalize euthanasia and assisted suicide. The authors point out how the vision of autonomy as a criterion for allowing euthanasia and assisted suicide leads to paradoxes from the point of view of legal justification. The doctrine of double effect is also discussed in relation to this issue.

In the fourth chapter, “Assisted suicide, self-determination and social influence: an empirical approach from Mental Health and the Social Sciences” (pp.95-116) Cristian G. Rodriguez and Aaron D. Kheraty seek to: “...examine the empirical foundations of two assumptions present in autonomy-based argumentation” (p.96). In this chapter, the authors are cautious in their conclusions, for example, not confusing statistical correlation with cause-effect. Nevertheless, they provide high probability arguments that suicide is not entirely rational, as a defense of assisted suicide would assume, and that the suicidal action does have third-party effects. Assisted suicide, rather than broadening the suffering person’s perspective, narrows the options in the face of pain and suffering to the limit of unbearable.

Empirical evidence suggests that assisted suicide generates an imitation and “contagion” effect. The authors cite multiple studies that show that there is an increase in suicides when cases of suicide, for example, of a public celebrity, are disseminated. There is also the opposite or protective effect to suicide. The authors present media cases that show both the negative influence of encouraging suicide and positive examples of people who have overcome the idea of suicide and this causes other people to desist from committing suicide.

In the chapter “Death with dignity, stigma and assisted suicide” (pp.117-136), Matías Petersen and Pablo Valderrama try to demonstrate that:

.... understanding euthanasia as synonymous with compassion is mistaken. Specifically, we will argue that with respect to the terminal patient

or the one who suffers intolerable pain, euthanasia is not an expression of society's compassion towards him, but rather a discriminatory act that the social group carries out against the person (p.118).

This is achieved by using two categories: Erving Goffman's "social stigma" and Émile Durkheim's "selfish suicide".

With the first category, the authors try to demonstrate that the self-perception of the terminal patient not only depends on him or herself, but also is at least partially conditioned by the categorizations of the social group to which he or she belongs. Social groups classify their members and the subject's own identity is realized in a given social environment, which means that personal perception is not very autonomous. People in our Western world have been promoted a vision of development for success. The terminally ill patient does not meet these expectations, is stigmatized and consequently discriminated against:

... the terminally ill patient, or one who suffers from overwhelming pain resulting from an untreatable disease, lacks the means to completely repair his or her stigma.... It is an irreversible stigma that calls into question his own human condition, as he is completely prevented from satisfying the social expectation that weighs on him (p.124).

As for the category of "selfish suicide", it can be summarized in that the patient has lost his place in some socially relevant category, which means that his request for suicide is not for the social good, but because of his exclusion from society. Another problem pointed out by the authors is why limit euthanasia to terminal cases if the decision criterion is autonomy? The authors propose that the best way to avoid euthanasia is to recognize that we are mutually dependent at different moments of our lives and also to recognize that sometimes there are states of destitution in human life in which nothing can be given in exchange for the care received. This leads us not to exclude people in a social category that leads them to seek death as a way out of their situation.

In the sixth chapter, “Euthanasia: a medical perspective” (pp.137-159) by Matías Ubilla Silva, the central thesis is that euthanasia cannot be a medical act. In other words, euthanasia cannot be one of the purposes of medicine:

Euthanasia, by ending the life of the sick person, deprives him/her of a basic and fundamental human good, and therefore constitutes a violation of the principle of non-maleficence, one of the pillars of medical practice (pp.143-144).

Another problem with medicine is that the doctor-patient relationship is affected by this practice. Patients, especially those in a state of vulnerability, may distrust physicians, thinking that they would consider euthanasia as the best option for them, without having exhausted all possibilities of support and assistance.

The author points out that there should be no therapeutic incarceration and that this is achieved by making a cost-benefit proportionality judgment in the treatment of patients. Determining when a treatment is disproportionate or not should be a prudential judgment applied to each case. The author reviews the cases of hydration and nutrition as part of the care of a terminally ill person. The author points out that this is basic care that cannot be withheld in most cases.

Palliative care is presented as an option to euthanasia, insofar as it eliminates the symptoms that cause suffering to the patient. Palliative care includes analgesia and palliative sedation. The latter, although they can hasten death, do not directly seek it, but meet the criteria of the indirect volunteer and are therefore lawful actions.

The case of the approval of euthanasia in Holland is then discussed. The author points out that a “slippery slope” was generated since the application of euthanasia was initiated for patients with intolerable suffering and no prospect of improvement, and later extended to other cases, such as the patient who fears a future evil, such as dementia, or to non-terminal cases such as mental disorders. Two other criticisms of the Dutch case are: 1) failure to verify the

mental state of patients requesting euthanasia, since a psychiatrist is consulted in only 3% of cases. In addition, 2), the monitoring of the procedures is done by a system of self-reporting by the physician, which does not guarantee the elimination of malpractice.

The seventh chapter “Palliative care, a response to the challenge of euthanasia” (pp.161-185) by Ximena Farfán, studies palliative care (PC) as an alternative to euthanasia. The origin of this practice, both in the world and in Chile is briefly reviewed. Candidates for PC are patients who cannot be offered curative therapeutic options and who require specialized multidisciplinary care for life. This applies especially to chronic degenerative diseases. The author cites six principles that should guide the practice of PC: inviolability of human life, truthfulness, therapeutic proportionality, double effect, prevention and, finally, the principle of non-abandonment. The author also emphasizes the need for spiritual accompaniment of patients.

PC's are essentially opposed to euthanasia. The author points out:

In the anthropological and ethical foundation of PC lies a declared option for life, and an understanding of the process of dying as an integral part of the vital itinerary... neither the intentional acceleration of death, nor its postponement by means of artificial and disproportionate resources have any place in a well understood palliative medicine. Seen in this light, euthanasia and therapeutic overkill are essentially alien to PC (p.173).

Farfán points out that appropriate PC, with good symptom control and avoidance of psychological, spiritual and physical suffering are essential to reduce or eliminate requests for euthanasia.

It is also pointed out that therapeutic incarceration should be avoided. It is suggested that the use of palliative sedation is morally lawful. The family should have an active participation in PC requiring care. Some counterproductive family dynamics have been detected, such as: the conspiracy of silence as a “tacit agreement on the part of the family, friends and/or professionals to alter information about the diagnosis, prognosis and/or severity of the patient's

situation” (p.178). This can lead to distress and confusion. Another familiar situation is primary caregiver burnout, which can lead to the family’s inability to attend to the patients’ needs. Finally, the abandonment of patients in hospitals or nursing homes. Society as a whole must also cooperate in the care of patients. PC’s, the author points out at the end of the chapter, should be “a universal benefit for all patients who require them” (p.181).

In chapter eight, “Family: place of life care” (pp.187-207) by Jimena Valenzuela discusses the role of patient care by the family. The family is the nucleus that allows the formation of the human being: “The family is the natural environment for this vital experience to take place, from which it can be projected to other dimensions and aspects of the social fabric and the political community” (pp.190-191). Love in the family is crucial in human development. Care is given in love and mainly in the family. Care is endangered when society is individualistic and utilitarian and the “life horizon becomes narrow, especially when we are confronted with suffering, pain and disability” (p.196). One of the current problems is that many people, especially older adults, live in loneliness. This has contributed to the pressure to legalize euthanasia. Caring is difficult because it implies being integral and requires delicacy and consideration. The art of caring is not only in the body, but also in respecting the freedom of the sick person, understanding their emotions and having an empathetic accompaniment.

Likewise, one must be truthful with the ill person and at the same time prudent in informing him or her of his or her condition. Also in caregiving, the care of the caregiver must be considered due to the enormous wear and tear that comes with caring for another person who is disabled or terminally ill. In her conclusions, the author notes:

Common sense tells us that all people have a dignity by they are people.... This principle must take root in our society to understand the irreducible value of every human being. Above all, it must be deeply rooted in the family, the primary place of formation. It is there that each person must feel valuable and irreplaceable (p.204).

In the last chapter, “Euthanasia: between fear of death and mercy” (pp.209-227) by Antonio Amado, it is pointed out that: “The moral problem of euthanasia can be considered in the light of the nexus between death and sin in the light of the Christian faith” (p.209). The author reflects from, among other sources, Scripture and the Catechism of the Catholic Church. The author points out: “Sin introduces ‘division’ in man’s very being and in his natural faculties, splits communion with others, and destroys man’s relationship with created nature and leads to forgetfulness of God” (p. 213). Christ with his victory over death changes man’s perspective on death: “By Christ’s victory over sin from the very heart of death, death now becomes the place for an encounter with God” (p.222). The Church continues the mission of Christ and must thus “...see to it that every man may ‘die in Christ’ and thus willingly accept death itself” (p.223). There is a central importance in the exercise of mercy, especially for people who seem to be of lesser value. Appealing to mercy makes it possible to recognize the dignity of the person worthy of love.

The book demonstrates well that the subject of euthanasia is not a simple one. The text is abundant in references and proves to be a magnificent update on the subject, especially for opponents of euthanasia. The book covers the theoretical and practical side of the arguments well, making it a useful source for learning about or expanding on the subject.

This work is under international License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)



Políticas y criterios editoriales

Objetivo, identidad y misión de la revista

Objetivos científicos:

1. Dar a conocer investigaciones en curso o finalizadas sobre temas de bioética.
2. Contribuir a generar debate académico respecto a temas actuales de bioética.
3. Divulgar trabajos académicamente sólidos sobre cuestiones referentes a la bioética.
4. Fomentar el diálogo interdisciplinario en temas de relevancia y actualidad sobre las ciencias de la salud y de la vida.

Misión:

La revista *Medicina y Ética* contribuye a la realización y el fortalecimiento de la misión de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México, especialmente en lo concerniente a la formación de una opinión basada en la bioética centrada en la persona humana:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/mision-y-vision>

Cobertura temática:

La revista *Medicina y Ética* fomenta el debate en torno a la bioética general con temas relacionados con el inicio y fin de la vida humana pero también con temas de bioética clínica, la figura del bioeticista y de los comités hospitalarios de bioética, así como temas de bioética global, biotecnologías, biopolítica y temas de bioética emergente.

Audiencia a la que se dirige:

- Público en general interesado en temas de bioética y en el debate actual en torno a las ciencias de la salud y de la vida.
- Académicos, investigadores y otros profesionales de la salud y de las humanidades que quieran contribuir al diálogo y reflexión serias sobre la bioética.

Políticas de sección

La revista contará con dos secciones: primera, artículos inéditos originales; y segunda, reseñas.

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en fuente Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado, en formato electrónico Word. Deberá enviarse directamente por el Open Journal Systems de la revista.

Las políticas puntuales de cada sección se especifican en el apartado de “Envíos”, en “Directrices para los autores”.

Proceso de revisión y evaluación por pares

1. El editor revisará que los artículos correspondan con la línea editorial de la revista.
2. Todos los manuscritos remitidos a la revista serán procesados por el software *Turnitin*, que es una solución de detección de similitud de contenidos. Cualquier similitud total o parcial no debidamente citada, será motivo de rechazo.
3. Se revisará que el texto cumpla con todas las indicaciones de forma señaladas en la entrega de originales.
4. Los artículos serán dictaminados por dos académicos de competencia relevante para el tema (revisión entre pares a doble ciego) en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto

de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. El resultado puede ser:

a) *Publicable*

En ese caso, el artículo seguirá el proceso de traducción y publicación. Las decisiones de aceptar un artículo no serán revertidas, a menos que se identifiquen posteriormente problemas importantes.

b) *Publicable sujeto a modificaciones*

El autor realizará las modificaciones o correcciones, y lo someterá nuevamente a dictamen, sin que por ello la revista se comprometa a publicarlo. Si en esta segunda ocasión fuera rechazado nuevamente, el artículo ya no podrá ser presentado de nuevo.

c) *No publicable*

En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores.

La negativa a la publicación siempre será por el artículo y no por la persona.

El artículo rechazado no podrá ser enviado nuevamente a la revista en un periodo de seis meses.

Política de acceso abierto

Medicina y Ética brinda acceso abierto a su contenido con el principio de que la investigación esté disponible gratuitamente para el público que apoya un mayor intercambio global del conocimiento. Por lo que no existe un cobro de cuotas a los autores por envío, procesamiento y/o publicación de artículos.

Medicina y Ética se distribuye bajo una **Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**, la cual refiere que el usuario es libre de:

- **Compartir:** copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- **Adaptar:** remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- **Atribución:** debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- **NoComercial:** no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- **CompartirIgual:** si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

Lineamientos y procedimientos éticos en la publicación

La revista cuenta con un protocolo estricto de seguimiento a denuncias sobre mala conducta de los investigadores o prácticas no éticas en los procesos de investigación.

Si se presenta una denuncia anónima o se realiza directamente al editor de la revista o a algún miembro del Comité Editorial sobre malas prácticas o conductas no éticas, el editor será el responsable de comenzar la investigación conducente, salvo que éste sea el acusado, en cuyo caso se deberá designar por mayoría simple a un miembro del Comité Editorial para que comience la investigación.

Se entiende por *mala conducta*:

Evitar la publicación de artículos en los que se haya producido una conducta indebida en la investigación, incluidos el plagio, el autoplagio, la manipulación de citas y la falsificación o fabricación de datos, etcétera.

Cuando se cuente con evidencia suficiente para comprobar la *mala conducta*, el editor o el responsable designado dará seguimiento a las acciones pertinentes que pueden ser:

1. En caso de *detección y comprobación de plagio de un artículo ya publicado*, se procederá a la retractación del mismo en el sitio web de la revista con la leyenda en todas las hojas de “Retractado”. Se notificará en la edición del siguiente número y se avisará con un mensaje extraordinario al autor, autores, Comité Editorial, Consejo Científico y a todos los suscriptores de la retractación del artículo en cuestión, así como de los motivos. Asimismo, será responsabilidad del editor avisar a las bases de datos en que se encuentra indizada la revista para que realicen el proceso correspondiente de retractación de dicho artículo.
2. En caso de *detección de falsa responsabilidad o nivel de autoría en la realización del artículo*, el editor deberá recabar la evidencia suficiente con los demás autores y notificar a todos los involucrados que se cambiará el nivel de autoría en el número ya publicado o por publicar, según sea el caso, e imponer una amonestación por escrito al autor que incurrió en la falta para advertirlo y exhortarlo a que no se repita. En caso de cometer una segunda falla de esta naturaleza, el autor quedará permanentemente vetado de publicar en la revista.
3. En caso de *detección y comprobación de una mala conducta por parte del editor de la revista*, el Comité Editorial, mediante la persona designada por mayoría simple, procederá a amonestarlo por escrito para advertir su falta y exhortarlo a no volver a hacerlo. En caso de incurrir en una segunda falla de esta naturaleza,

el editor podrá ser removido de su cargo bajo el aval del director de la revista.

4. En caso de *detección y comprobación de falsificación de datos y/o resultados en un artículo publicado*, se procederá de inmediato a la evaluación de las repercusiones y a las conclusiones del trabajo. El editor, junto con el Comité Editorial, las evaluarán y, en caso de determinar que fue determinante para las conclusiones de la investigación, se procederá a la retractación inmediata del artículo siguiendo los lineamientos estipulados en el apartado número 1 de esta sección. En cambio, si se determina que la fabricación de los datos o la alteración de los mismos no es determinante para las conclusiones del artículo, se procederá a notificar al autor para que haga una inmediata corrección de los mismos, en un lapso no mayor a 15 días hábiles y se le impondrá una amonestación por escrito para advertir y exhortar a que no vuelva a incurrir en dicha práctica. Cuando se reciba el texto modificado se suplirá el previo por la nueva versión advirtiendo de las erratas en la Editorial del número siguiente. En caso de que no se envíen las correcciones solicitadas, se procederá a la retractación del artículo siguiendo los pasos mencionados en el apartado número 1 de esta sección.

Política sobre autoría y contribución. Todos los autores que se mencionan en el artículo deben haber realizado una contribución significativa, incluyendo estudiantes y técnicos. Se exhorta a excluir a quienes no contribuyeron en su realización (autoría honoraria, regalada o por invitación).

Política antiplagio. *Medicina y Ética* mantiene una política antiplagio para garantizar la originalidad de todos los manuscritos mediante el uso de *Turnitin*, que es una solución de detección de similitud de contenidos.

La revista realiza una revisión de detección de similitud en todos los artículos y las reseñas que se publican en cada número y en caso

de detectarse un porcentaje considerable (arriba de 15%), el artículo o reseña serán rechazados. El autor recibirá una notificación con el motivo del rechazo, contando con un plazo de 15 días hábiles para realizar las correcciones pertinentes y así contribuir a la originalidad del texto enviado. En caso de que no se envíen dichas correcciones, el autor podrá realizar un nuevo envío, pero con una penalización de un tiempo de espera de tres meses. Si las correcciones son enviadas en el tiempo estipulado, el artículo se someterá de nuevo a una revisión de similitud de contenidos; si el porcentaje es menor a 15%, se turnará a dictamen, pero si el porcentaje sigue siendo el mismo o incluso incrementó, el artículo se rechazará y el autor quedará penalizado con un tiempo de espera de un año para volver a enviar su artículo a la revista.

Política sobre conflicto de interés. Todos los autores deben declarar cualquier conflicto de interés que pudiera existir con la publicación, para evitar alguna influencia sobre los resultados reportados.

No declarar los conflictos de interés es una falta ética que no será tolerada y se sancionará mediante la amonestación escrita al autor o al directamente involucrado y/o la retractación del artículo correspondiente, o bien la remoción del cargo si la falta fue cometida por el editor o algún miembro del Comité Editorial.

Política sobre supervisión ética. Todos los artículos de investigación original que hayan versado sobre animales vivos o personas humanas deberán presentarse a la revista junto con el folio de aprobación de un Comité de Ética en Investigación que será el responsable de verificar, entre otras cosas, la información respecto al consentimiento informado de los sujetos involucrados, privacidad y confidencialidad de datos personales, protección a los sujetos y poblaciones vulnerables, etcétera.

En caso de no contar con el aval de un Comité, se puede solicitar al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Anáhuac México: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

No se aceptará ni turnará a dictamen ningún artículo que no cuente con este folio de aprobación en caso de que la investigación

que lo originó haya tenido como sujetos a animales vivos o personas humanas.

Correcciones posteriores a la publicación. La revista cuenta con mecanismos de corrección, revisión o retractación de los artículos después de su publicación.

Se considerará la retractación de una publicación en los siguientes casos:*

- Contar con evidencia de que el texto no es confiable, ya sea como resultado de un error, una fabricación, o falsificación, autoría inexacta, plagio.
- Haber sido publicada previamente en otro lugar sin la autorización del editor.
- Incluir material o datos sin autorización de uso.
- No contar con folio de un Comité de Ética en Investigación en los casos en que proceda.
- Infringir los derechos de autor o que exista algún otro problema legal grave (por ejemplo, difamación, privacidad).
- Llevar a cabo un proceso de revisión por pares comprometido o manipulado.
- Omitir, por parte del autor, la declaración de conflicto de intereses.

Responsabilidad del autor

- Contribuir sustancialmente en la concepción, el diseño, análisis e interpretación de los datos del artículo conforme a una conducta profesional y ética.
- Participar en la redacción del artículo con una revisión crítica y una conducta ética, así como aprobar la versión final del manuscrito.
- Manifiestar conflicto de intereses o ausencia del mismo.
- Presentar datos verídicos.

- Respetar los procesos y tiempos de la revista, del editor y de los dictaminadores.
- Realizar las correcciones sugeridas por el editor y los revisores en los plazos establecidos.
- Dar seguimiento a las etapas de la revista a través de su plataforma y abstenerse de establecer conversaciones personales con el editor.
- Cumplir cabalmente con todos los requisitos y las políticas editoriales.
- Acatar las amonestaciones impuestas y los tiempos de penalización señalados, en caso de que suceda.

Responsabilidad del editor

- Dar seguimiento puntual a los procesos de recepción, revisión, dictaminación y publicación de los artículos enviados a la revista.
- Mantener, mediante la plataforma digital de la revista, comunicación con el autor y los dictaminadores.
- Vigilar las buenas prácticas en la publicación y promover los valores éticos en el proceso de la misma.
- Aceptar o rechazar los trabajos de acuerdo con las políticas editoriales de la revista.
- Iniciar y dar seguimiento a las investigaciones necesarias para comprobar malas prácticas.
- Revisar y analizar los textos con una herramienta de detección de similitud.
- Asegurar un buen sistema de revisión doble ciego.
- Respetar la confidencialidad de todos los involucrados.
- No usar los manuscritos para beneficios personales.
- Actuar con ética, objetividad e imparcialidad durante todo el proceso editorial.
- Aceptar los errores en la publicación y corregirlos de manera rápida.

- Realizar la retractación del artículo en caso de que se comprueben faltas éticas que así lo ameriten.
- Acatar las decisiones del Comité Editorial o del director de la revista en caso de haber incurrido en faltas éticas.
- Reportar, al menos dos veces al año, al Comité Editorial y al Consejo Editorial sobre los avances y números publicados.

Responsabilidad del revisor/dictaminador

- Revisar de forma crítica, imparcial y puntual los manuscritos de los autores y hacerlo a través de la plataforma que alberga la revista.
- Declarar al editor cualquier conflicto de interés que pueda sesgar sus opiniones sobre el original o, en su defecto, abstenerse de realizar el dictamen bajo previo aviso al editor.
- No sugerir citas a sus propios trabajos o tomar información importante y apropiarse de ideas del autor en revisión.
- Respetar las decisiones y/o amonestaciones impuestas por el editor en caso de haber incurrido en alguna falta grave.
- Abstenerse de revelar su identidad con los autores del artículo que revisó después de la publicación del mismo.

* Basado en las Guías de retractación de COPE.

Directrices para autores

La revista contará con dos secciones: primera, Artículos, y segunda, Reseñas.

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en fuente Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado, en formato electrónico Word. Deberá enviarse directamente por el Open Journal Systems de la revista.

Artículos

Los artículos deberán contar con los siguientes requisitos:

- Material inédito.
- Extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Deben ser solamente monográficos.
- Título en español y en inglés.
- Resumen en español de aproximadamente 150 palabras y su versión en inglés (abstract).
- Palabras clave: de tres a cinco palabras clave no contenidas en el título y su versión en inglés (keywords).
- Datos del autor. Nombre de cada autor con asterisco, señalando su lugar de adscripción laboral, ciudad y país y puesto de trabajo brevemente, así como su correo electrónico y su código ORCID.

Ejemplo:

Nombre, Apellidos

Profesor /director/ investigador de la Facultad de... / del Hospital... / del Centro de investigación...

De la (nombre de la institución)

Ciudad, País

El primer autor deberá enviar su correo electrónico.

La Coordinación Editorial se reserva el derecho de omitir títulos excesivos.

Ejemplo:

Nombre, Apellidos

Director asistente del Centro de Oncología Pediátrica (~~del Servicio de Pediatría~~)

Del Hospital X

El nombre del primer autor deberá corresponder a quien más haya intervenido en la elaboración del artículo, no por cargos académicos o clínicos.

En caso de existir conflicto de interés, los autores deben señalarlo en la publicación.

Si su artículo es de carácter cuantitativo y su estudio se llevó a cabo con personas o animales, es necesario que nos proporcione, además de todos los datos solicitados en las políticas y normas editoriales, el número de folio o constancia de que su trabajo fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación. Sin este documento, NO podemos proceder a darle el seguimiento editorial.

Si usted no cuenta con dicha probación, puede recurrir al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Anáhuac México, quien le dará el seguimiento correspondiente. El correo de contacto es: precomite@anahuac.mx

Reseñas

Las reseñas deberán incluir el título del trabajo que se expone con su referencia bibliográfica. Además, el nombre, cargo, correo electrónico y código ORCID del autor de la reseña.

La reseña es una crítica académica, respetuosa y debe señalar los límites y los aportes del trabajo en cuestión.

Su extensión no deberá superar las cinco páginas.

Bibliografía

Se seguirá el estilo Vancouver.

*** Las referencias de cada artículo deberán incluir su DOI, en caso de que lo tenga.**

El DOI deberá mostrarse como un enlace URL completo y no estar precedido por doi: o DOI:

Ejemplo: Soleimani N, Mohabati Mobarez A, Farhangi B. Cloning, expression and purification flagellar sheath adhesion of *Helicobacter pylori* in

Escherichia coli host as a vaccination target. Clin Exp Vaccine Res. 2016 Jan;5(1):19-25. <https://doi.org/10.7774/cevr.2016.5.1.19>

Libro completo

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.
Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

Volúmenes independientes de libros

1. Volúmenes con título propio, pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. n°. Título del capítulo.
Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

2. Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. n°.)
Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

Capítulos de libros

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.
Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen(número): página inicial-final del artículo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, *J Business Res.* 2005; 36(5):350-7.

Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación/ponencia. Título de la comunicación/ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Recursos en internet

Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revisión 2007-2008; consultado 29 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet]. año [consultado]; volumen(número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: dirección electrónica.

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 [consultado 22 de noviembre de 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>

Sitios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.
European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [consultado 3 de julio de 2012]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/>

Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 6 de mayo de 2009 [citado 16 de junio de 2009]; [about 7 screens]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medline-plus/dentalhealth.html>

Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

Citas en el texto

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez, conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone

tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase.

Los tumores pueden extenderse desde el pulmón a cualquier parte del cuerpo (1)...

Como indicó Lagman (2) los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor, se citará en el texto el primer autor *et al.*

Simona *et al.* (5) establecen que el principio...

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina como “autor corporativo”. Por ejemplo, una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4)...

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo, no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que las personas que sufren de diabetes mellitus 2 requieren unos cuidados alimentarios estrictos...

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa. Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación.

“...has been proven demonstrably false.” (4, p. 23)

Editorial policies and criteria

Objective, identity and mission of the magazine

Scientific objectives:

1. Publicize ongoing or completed research on bioethics issues.
2. Contribute to generate academic debate regarding current issues of bioethics.
3. Disseminate academically solid works on issues related to bioethics.
4. Promote interdisciplinary dialogue on relevant and current issues in health and life sciences.

Mission:

The *Medicina y Ética* journal contributes to the realization and strengthening of the mission of the Faculty of Bioethics of the Universidad Anáhuac México, especially regarding the formation of an opinion based on bioethics centered on the human person:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/mision-y-vision>

Thematic coverage:

The journal *Medicina y Ética* promotes debate around general bioethics with topics related to the beginning and end of human life but also with topics of clinical bioethics, the figure of the bioethicist and hospital bioethics committees, as well as topics of global bioethics, biotechnologies, biopolitics and emerging bioethics issues.

Target audience:

- General public interested in bioethics issues and in the current debate around health and life sciences.
- Academics, researchers and other health and humanities professionals who want to contribute to serious dialogue and reflection on bioethics.

Section policies

The magazine will have two sections: first, original unpublished articles; and second, reviews.

Articles and reviews must be written in Spanish or English, clearly and concisely; in Arial font with 12 points, 1.5 line spacing, in Word electronic format. It should be sent directly through the journal's Open Journal Systems.

The specific policies of each section are specified in the "Submissions" section, in "Guidelines for authors".

Peer review and evaluation process

1. The editor will check that the articles correspond to the editorial line of the journal.
2. All manuscripts submitted to the journal will be processed by *Turnitin* software, which is a content similarity detection solution. Any total or partial similarity not properly cited will be grounds for rejection.
3. It will be checked that the text complies with all the indications indicated in the delivery of originals.
4. The articles will be judged by two academics with relevant competence for the subject (double-blind peer review) within a maximum period of three months. The names of both

the reviewers and the author will remain anonymous. The result can be:

a) *Publishable*

In that case, the article will follow the translation and publication process. Decisions to accept an article will not be reversed unless significant issues are subsequently identified.

b) *Publishable subject to modifications*

The author will make the modifications or corrections, and will submit it again for opinion, without the journal committing to publish it. If on this second occasion it is rejected again, the article can no longer be submitted again.

c) *Not publishable*

In the case of a negative response, the author will receive an opinion with the opinions of the reviewers.

The refusal to publish will always be for the article and not for the person.

The rejected article may not be sent back to the journal for a period of six months.

Open access policy

Medicina y Ética provides open access to its content with the principle that research is freely available to the public that supports a greater global exchange of knowledge. Therefore, there is no charge of fees to authors for submission, processing and/or publication of articles.

Medicina y Ética is distributed under a **License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)**, which states that the user is free to:

- Share: copy and redistribute the material in any medium or format.
- Adapt: remix, transform and build from the material.

Under the following terms:

- Attribution: the author must give proper credit, provide a link to the license, and indicate if changes have been made in any reasonable way, but not in any way that suggests that their use is endorsed by Licensor.
- Non-Commercial: the author may not use the material for commercial purposes.
- ShareAlike: If the author remixes, transforms, or builds on the material, it will be necessary to distribute the contribution under the same license as the original.

Ethical guidelines and procedures in publication

The journal has a strict protocol for monitoring reports of misconduct by researchers or unethical practices in research processes.

If an anonymous complaint is filed or made directly to the editor of the journal or to any member of the Editorial Committee about bad practices or unethical conduct, the editor will be responsible for starting the investigation, unless he is the accused, in which case a member of the Editorial Committee must be appointed by simple majority to start the investigation.

Misconduct is understood as:

Avoid publishing articles where research misconduct has occurred, including plagiarism, self-plagiarism, citation manipulation, and data falsification or fabrication, etc.

When there is sufficient evidence to prove the misconduct, the editor or the designated person in charge will follow up on the pertinent actions that may be:

1. In case of *detection and verification of plagiarism of an article already published*, it will be retracted on the journal's website with the legend "Retracted" on all pages. The author, authors, Editorial Committee, Scientific Council and all subscribers of the retraction of the article in question, as well as the reasons, will be notified in the edition of the next issue, as well as the reasons. Likewise, it will be the responsibility of the editor to notify the databases in which the journal is indexed so that they carry out the corresponding process of retracting said article.
2. In case of *detection of false responsibility or level of authorship in the article*, the editor must collect sufficient evidence from the other authors and notify all those involved that the level of authorship will be changed in the number already published or to be published, as the case may be, and impose a written reprimand on the author who committed the offense to warn him and exhort him not to repeat it. In the event of committing a second failure of this nature, the author will be permanently banned from publishing in the journal.
3. In case of *detection and verification of misconduct by the editor of the journal*, the Editorial Committee, through the person appointed by a simple majority, will proceed to admonish him in writing to warn him of his fault and exhort him not to do it again. In case of incurring a second failure of this nature, the editor may be removed from his position under the endorsement of the director of the magazine.

4. In case of detection and verification of falsification of data and/or results in a published article, the evaluation of the repercussions and the conclusions of the work will be carried out immediately. The editor, together with the Editorial Committee, will evaluate them and, if it is determined that it was decisive for the conclusions of the investigation, the article will be immediately retracted following the guidelines stipulated in section number 1 of this section. On the other hand, if it is determined that the fabrication of the data or the alteration of the same is not decisive for the conclusions of the article, the author will be notified to make an immediate correction of the same, in a period not exceeding 15 working days and a written reprimand will be imposed to warn and exhort him not to incur in said practice again. When the modified text is received, the previous one will be replaced by the new version, warning of the errata in the Editorial of the following number. If the requested corrections are not sent, the article will be retracted following the steps mentioned in section number 1 of this section.

Policy on authorship and contribution. All authors mentioned in the article must have made a significant contribution, including students and technicians. It is exhorted to exclude those who did not contribute to its realization (honorary authorship, gift or by invitation).

Anti-plagiarism policy. *Medicina y Ética* maintains an anti-plagiarism policy to guarantee the originality of all manuscripts using *Turnitin*, which is a content similarity detection solution.

The journal performs a similarity detection review on all articles and reviews published in each issue and if a considerable percentage (above 15%) is detected, the article or review will be rejected. The author will receive a notification with the reason for the rejection, with a period of 15 working days to make the pertinent corrections and thus contribute to the originality of the text sent. If these corrections are not sent, the author may make a new submission, but with a penalty of a waiting time of three months. If the corrections are

sent within the stipulated time, the article will be submitted again to a content similarity review; if the percentage is less than 15%, it will take turns to opinion, but if the percentage remains the same or even increased, the article will be rejected, and the author will be penalized with a waiting time of one year to resubmit his article to the journal.

Policy on conflict of interest. All authors must declare any conflict of interest that may exist with the publication, to avoid any influence on the reported results.

Not declaring conflicts of interest is an ethical offense that will not be tolerated and will be sanctioned by means of a written reprimand to the author or the person directly involved and/or the retraction of the corresponding article, or removal from the post if the offense was committed by the editor, or any member of the Editorial Committee.

Ethics Oversight Policy. All original research articles that have dealt with live animals or humans must be submitted to the journal together with the approval sheet of a Research Ethics Committee that will be responsible for verifying, among other things, the information regarding informed consent, of the subjects involved, privacy and confidentiality of personal data, protection of subjects and vulnerable populations, etc.

If you do not have the endorsement of a Committee, you can request it from the Research Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

Any article that does not have this approval sheet will not be accepted or turned over to an opinion if the research that originated it had live animals or human subjects as subjects.

Post-publication discussions. The journal has mechanisms for correcting, revising or retracting articles after their publication.

The retraction of a publication will be considered in the following cases:*

- Have evidence that the text is unreliable, whether as a result of error, fabrication, or forgery, inaccurate authorship, plagiarism.

- Have been previously published elsewhere without the permission of the publisher.
- Include material or data without authorization of use.
- Not having a file from a Research Ethics Committee in the cases where appropriate.
- Copyright infringement or any other serious legal issue (e.g., defamation, privacy).
- Conducting a compromised or rigged peer review process.
- Omit, by the author, the declaration of conflict of interest.

Author Responsibility

- Substantially contribute to the conception, design, analysis, and interpretation of article data in accordance with professional and ethical conduct.
- Participate in the writing of the article with critical review and ethical conduct, as well as approve the final version of the manuscript.
- Manifest conflict of interest or lack thereof.
- Present true data.
- Respect the processes and times of the journal, the editor and the reviewers.
- Make the corrections suggested by the editor and reviewers within the established deadlines.
- Monitor the stages of the magazine through its platform and refrain from establishing personal conversations with the editor.
- Fully comply with all editorial requirements and policies.
- Abide by the warnings imposed and the penalty times indicated, in case it happens.

Publisher Responsibility

- Give punctual follow-up to the processes of reception, review, ruling and publication of the articles sent to the magazine.

- Maintain, through the journal's digital platform, communication with the author and reviewers.
- Monitor good practices in publication and promote ethical values in the publication process.
- Accept or reject papers in accordance with the journal's editorial policies.
- Initiate and follow up on the necessary investigations to verify bad practices.
- Review and analyze the texts with a similarity detection tool.
- Ensure a good double-blind review system.
- Respect the confidentiality of all involved.
- Do not use the manuscripts for personal gain.
- Act ethically, objectively and impartially throughout the editorial process.
- Accept errors in the publication and correct them quickly.
- Carry out the retraction of the article if ethical faults are verified that warrant it.
- Abide by the decisions of the Editorial Committee or the director of the magazine in case of having incurred in ethical faults.
- Report, at least twice a year, to the Editorial Committee and the Editorial Board on the advances and numbers published.

Responsibility of the reviewer/dictator

- Critically, impartially and punctually review the authors' manuscripts and do so through the platform that hosts the journal.
- Declare to the editor any conflict of interest that may bias their opinions on the original or, failing that, refrain from making the opinion prior notice to the editor.
- Do not suggest citations to their own works or take important information and appropriate ideas from the author under review.
- Respect the decisions and/or reprimands imposed by the editor in case of having incurred in any serious fault.

- Refrain from disclosing your identity to the authors of the article you reviewed after publication of the article.

* Based on the COPE Retraction Guidelines.

Guidelines for authors

the magazine will have two sections: first, Articles, and second, Reviews.

Articles and reviews must be written in Spanish or English, clearly and concisely; in Arial font with 12 points, 1.5 line spacing, in Word electronic format. It should be sent directly through the journal's Open Journal Systems.

Articles

Articles must meet the following requirements:

- Unpublished material.
- Minimum extension of 15 pages and maximum of 30. They must be monographic only.
- Title in Spanish and English.
- Summary in Spanish of approximately 150 words and its version in English (abstract).
- Keywords: three to five keywords not contained in the title and its English version (keywords).
- Author data. Name of each author with an asterisk, indicating their place of employment, city and country and job title briefly, as well as their email and ORCID code.

Example:

Name surname

Professor / director / researcher of the Faculty of... / of the Hospital... / of the Research Center...

From the (name of institution)

City Country

The first author must send their email.

The Editorial Coordination reserves the right to omit excessive titles.

Example:

Name surname

Assistant Director of the Pediatric Oncology Center (~~of the Pediatric Service~~)

Hospital X

The name of the first author must correspond to the person who has been most involved in the preparation of the article, not by academic or clinical positions.

If there is a conflict of interest, the authors must indicate it in the publication.

If your article is of a quantitative nature and your study was carried out with people or animals, you must provide us, in addition to all the data requested in the editorial policies and regulations, the folio number or proof that your work was approved by a Research Ethics Committee. Without this document, we CANNOT proceed with the editorial follow-up.

If you do not have such approval, you can resort to the Research Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México, who will give you the corresponding follow-up. The contact email is: precomite@anahuac.mx

Reviews

The reviews must include the title of the work that is exposed with its bibliographic reference. In addition, the name, position, email and ORCID code of the author of the review.

The review is an academic criticism, respectful and should point out the limits and contributions of the work in question.

Its length should not exceed five pages.

Bibliography

Vancouver style will be followed.

*** The references of each article must include its DOI, if it has one.**

The DOI must be displayed as a full URL link and not be preceded by doi: or DOI:

Example: Soleimani N, Mohabati Mobarez A, Farhangi B. Cloning, expression and purification flagellar sheath adhesion of *Helicobacter pylori* in *Escherichia coli* host as a vaccination target. *Clin Exp Vaccine Res.* 2016 Jan;5(1):19-25. <https://doi.org/10.7774/cevr.2016.5.1.19>

Complete Book

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

Independent volumes of books

1. Volumes with their own title, but by the same authors/editors

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. Pages. Vol. no. Chapter title.

Cicchetti D, Cohen DJ, eds. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 pages

2. Serial monographs

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. Pages. (Author/s. Title of the series. Vol. n°.)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 pages (Kerr AG, ed. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

Chapters of books

Author/s of the chapter. Chapter title. In: Director/Coordinator/Editor of the book. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. start-end page of the chapter.

Franklin AW. Management of the problem. In: Smith SM, editor. The mistreatment of children. Lancaster: M.T.P.; 2002. p. 83-95.

Magazine article

Author/s. Article title. International abbreviation of the magazine. year; volume(number): initial-final page of the article.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Proceedings of congresses and conferences (cited as a book)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, eds. Germ cell tumors V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumor Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds,UK. New York: Springer; 2002.

Communications and presentations

Author/s of the communication/presentation. Title of the communication/presentation. In: Official title of the Congress. Place of publication: Publisher; year. initial-final page of the communication/presentation.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australia. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Internet resources

Books

Authors. Title [Internet]. Place: Publisher; year [revision; consulted]. Available at: electronic address.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [2007-2008 revision; accessed March 29, 2009]. Available at: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

Magazine articles

Author. Title. Abbreviated journal name [Internet]. year [queried]; volume(number): pages or extension indicator. Available at: electronic address.

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2012 Nov 22]; 102(6). Available at: <http://envisat.esa.int/>

Websites

Author/s. Title [Internet]. Place of publication: Publisher; Publication date [revised; consulted]. Available at: electronic address.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Accessed 2012 Jul 3]. Available at: <http://envisat.esa.int/>

Part of a website

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): US. National Library of Medicine; c2009. dental health; 2009 May 6 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

Research data

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available at: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

In-text citations

Citations in the text are made through calls with Arabic numbers in parentheses.

Each work cited in the text must have a unique number assigned in order of citation. If a work is cited more than once, it will keep the same number.

Citations of an author can be made by a number or by integrating the author's name followed by a number in the text. When an author is mentioned in the text, the reference number is placed after the author's name. If the author is not named, the number will appear at the end of the sentence.

Tumors can spread from the lung to any part of the body (1)...
As Lagman (2) indicated, diabetes care...

If the work has more than one author, the first author *et al.* will be cited in the text.

Simone *et al.* (5) establishes that the principle...

To cite a work that does not have a known author, what is called a "corporate author" must be used. For example, an organization or an entity.

The Ministry of Health (4) has recently estimated that hepatitis...
The number of people suffering from hepatitis in Spain has grown by 14%
in the last 20 years (4)...

Some books contain chapters written by different authors. When citing the chapter, the author of the chapter will be cited, not the literary editor or director of the work.

Bell (3) identified that people suffering from type 2 diabetes require strict dietary care...

When there is more than one citation, they must be separated by commas, but if they are correlative, the first and last are mentioned separated by a hyphen.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1),
but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing
various systems (4-7) for nomenclature and symbolization.

Direct citation: It must be brief, less than five lines, it is inserted within the text between quotation marks, and the corresponding number is placed at the end, after the quotation marks and before the punctuation mark, the pagination is included

“...has been proven demonstrably false.” (4, p. 23)